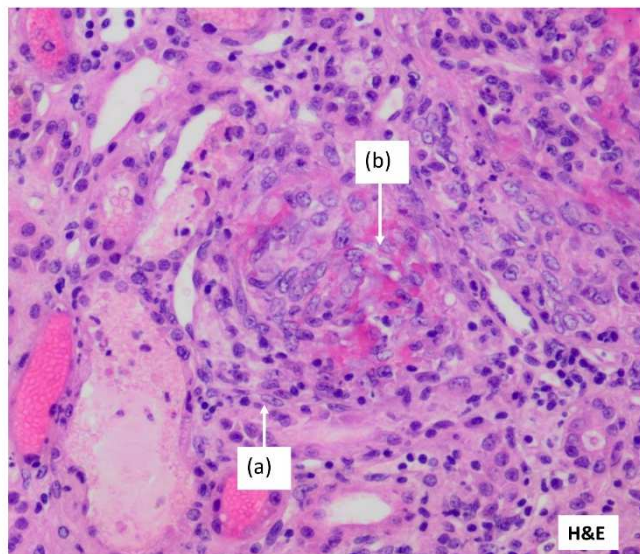


### CASO PRÁCTICO 1

Estando usted de guardia, le avisan para valorar a una paciente de 67 años que presenta astenia y pérdida de peso de 1 mes de evolución con aparición de orinas espumosas y cierta reducción en la cuantía de la diuresis. Apenas tiene antecedentes de interés, salvo una hipertensión arterial bien controlada. Acude puntualmente a sus revisiones en su centro de atención primaria, siendo la última hace 2 meses. En su valoración, la paciente presenta PA 180/100 mmHg, mínimos edemas en miembros inferiores, crepitantes basales bilaterales y auscultación cardiaca normal. Desde que está en la urgencia (12 horas) del hospital ha orinado 50 cc. Le realiza una ecografía a pie de cama en la que objetiva riñones con ecoestructura conservada y sin dilatación de la vía urinaria. Decide solicitar una analítica sanguínea en la que objetiva: creatinina 6 mg/dl (siendo la previa 0,7 mg/dl), urea 210 mg/dl, sodio 137 mmol/L, potasio 3,6 mEq/L. En orina presenta albuminuria de 1000 mg/g, hematuria de origen glomerular, sodio en orina de 57 mEq/l con excreción fraccional de sodio de 4%. Realiza una radiografía de tórax con infiltrados bilaterales. Solicita un estudio inmunológico en el que todo es normal, salvo unos anticuerpos anti-membrana basal glomerular positivos a título elevado.

1. Indique el síndrome que presenta la paciente, la clínica habitual y un posible diagnóstico diferencial en base al mismo.
2. Tras solicitar un estudio inmunológico, realiza una biopsia renal. Indique a que se refieren las letras a y b de la imagen:



3. Con el diagnóstico confirmado, ¿qué tratamiento instauraría de manera inicial?

NEFROLOGÍA  
CASOS PRÁCTICOS

**CASO PRÁCTICO 2**

Le avisan para valorar a un paciente con alteraciones analíticas. Se trata de un varón de 78 años hipertenso (en tratamiento con lisinopril), con diabetes tipo 2 (en tratamiento con metformina y empagliflozina), dislipémico (en tratamiento con atorvastatina 20 mg/día) y fumador. Acude al hospital por mareo ortostático y disnea estando hace 48 horas completamente asintomático. Refiere que, tras pasar una tarde con su nieto, comenzó con dolor abdominal y deposiciones diarreicas 3-4 al día, que a día de hoy aún mantiene. Curiosamente, su nieto había presentado síntomas similares 5 días antes. A su llegada a urgencias, presenta presión arterial 80/50 mmHg, frecuencia cardíaca 100 lpm y datos de depleción de volumen. En la analítica presenta un ligero deterioro de función renal (Cr 1,3 mg/dl, con previas normales), sodio 131 mmol/L, potasio 4,9 mmol/L, pH 7,10, bicarbonato 7 mmol/L, pCO<sub>2</sub> 23 mmHg, ácido láctico 10 mmol/L, cloro 103 mmol/L.

1. ¿Qué alteración del equilibrio ácido-base presenta el paciente?
2. ¿A qué achaca dichas alteraciones y que diagnóstico diferencial presenta el cuadro?
3. ¿Qué tratamiento propondría?

### CASO PRÁCTICO 3

Acude a su consulta de revisión una paciente de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad renal crónica secundaria a Nefropatía IgA. Recibió primer trasplante renal de donante cadáver en asistolia controlada hace un año con creatinina basal 1,2 mg/dl sin proteinuria ni otras alteraciones en el sedimento. Sin incidencias ni ingresos desde entonces. Pauta de inmunosupresión: Prednisona 5 mg 1-0-0, Tacrolimus 4 mg 1-0-0, Micofenolato 360 mg 1-0-1. Otros fármacos: Lisinopril 20 mg 1-0-0, Metformina 850 mg 1-0-0, Dapagliflozina 10 mg 1-0-0. Serologías IgG CMV donante +/IgG CMV receptor -. Resto de serologías víricas negativas. Tratada con valganciclovir durante 6 meses. HLA A12/A24 - B5/B17 - DR3 - DQ20. Sin anticuerpos donante específicos (DSA) en los controles realizados.

En esta ocasión la paciente refiere astenia e hiporexia de dos semanas de evolución. Niega toma de fármacos distintos a los habituales. Tensión arterial 140/75 mmHg. En la analítica presenta deterioro de función renal con creatinina de 4,5 mg/dl, Sodio 136 mEq/L, K 5,2 mEq/L, Bicarbonato 17 mmol/L, pCO<sub>2</sub> 35 mmHg y pH 7,30. En la bioquímica de orina presenta Na 75 mmol/L. Excreción fraccional de sodio de 4%. En el sedimento destaca bacteriuria, glucosuria, proteinuria ++ y microhematuria +.

1. Indique el diagnóstico diferencial del fracaso renal agudo en esta paciente trasplantada y qué pruebas complementarias solicitaría en cada caso.
2. Finalmente se realiza biopsia renal que se le remite con el siguiente informe: cilindro renal que incluye 25 glomérulos, 3 de ellos esclerosados. Lesión tubular aguda. Glomerulitis en el 30% de los glomérulos, el 15% de los capilares peritubulares presentan infiltración por 3 células inflamatorias lumbinales. Tinción lineal de C4d en capilares peritubulares. No otros depósitos inmunes. Indique el diagnóstico histológico.
3. Detalle el tratamiento inicial que instauraría en esta paciente.