



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2536 - COMPLICACIÓN pediátrica vista en ATENCIÓN primaria

A. Vázquez Sánchez^a, J.A. Saiz de Quevedo García^b, J.C. López Caro^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, A.M. González Pedraja^e, X. Piris García^f, M.M. Cohen Escovar^g y C.A. Reyes Mateo^h

^aMédico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^bMedicina Interna. Hospital Comarcal Laredo. Laredo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cotoño. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^eMédico de Familia. Urgencias. Hospital Valdecilla. Cantabria. ^fMédico de Familia. Urgencias. Hospital de Laredo. Laredo. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Buenavista Osakidetza. Vizcaya. ^hMédico de Familia. SUAP Astillero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Niña 5 años. Vacunación correcta. Acude por odinofagia, otalgia y febrícula. Ag *S. pyogenes* +. Se trata con amoxicilina. Seis días después presenta vómitos y dolor abdominal. Refiere edema palpebral bilateral desde hace 48 horas, oliguria y dolor en HD. Orina hematurica. Sedimento compatible con s. nefrítico.

Exploración y pruebas complementarias: TA 126/88; FC 94; Tª 37; °C. Peso 20,5 (p 40). Talla 115 (p 50). Edema palpebral simétrico. Amígdalas hipertróficas e hiperémicas. ACP: normal. Dolor a la palpación en epigastrio. No edemas EEII. Hemograma y BQ normales. E y S hematíes ++++, leucocitos ++; proteínas +++; 80-90 h/c; 30-40 leucocitos/campo; cilindros hialinos. BQ orina: Na 50 meq/l; K 178,8 mEq; proteínas 24h: 197 mg; albúmina/Cr 91,3; Prt/Cr 0,4. ASLO: 1.330; C3 5,02; C4 16,7; FR, ANA y ANCA negativos. Cultivo frotis faríngeo: negativo. Ecografía ABD: pequeña cantidad de líquido libre en saco de Douglas.

Juicio clínico: Glomerulonefritis aguda postestreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Glomerulonefritis mesangial IgA, crioglobulinemia, LES.

Comentario final: Durante el ingreso desaparece la clínica, persistiendo microhematuria. Se objetivó proteinuria no nefrótica. La diuresis se mantuvo en el rango normal (2,5-3,5 ml/kg/h) y desaparecieron los edemas palpebrales. TA por encima del p 99 (117/79). La GNAPE se produce después de la infección por gérmenes con antígenos que inducen la formación de inmunocomplejos, (ICC), que al depositarse en el glomérulo lo lesionan. Entre 1 y 3 semanas después de la infección estreptocócica, se desencadenan las manifestaciones clínicas: hematuria, proteinuria, oliguria e HTA. Se activa el complemento y C3 desciende durante 6-8 semanas y se deposita en el glomérulo. El sedimento suele normalizarse a los 6 meses. La biopsia renal está indicada si persisten las alteraciones inmunológicas o del sedimento. No existe tratamiento específico para la afectación renal. El 95% de los casos evoluciona a la curación. Hasta el 1% desarrollará insuficiencia renal rápidamente progresiva.

Bibliografía

1. Floeje J, Johnson R, Feehally J. Comprehensive Clinical Nephrology, 4ª ed, Elsevier, 2010.

2. Fernández A, Romero F. Glomerulonefritis Aguda Post infecciosa. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2014;1:303-14.

Palabras clave: Streptococo. Hematuria. Proteinuria. Glomerulonefritis. Inmunocomplejos.