



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/968 - Más allá de los edemas

I.M. Gómez Martín^a, E. Navarrete Martínez^b, R. Medel Cortés^c, I. Gómez Bruque^a, M. Gutiérrez Soto^d, J. Jiménez Gallardo^e, R.J. Reyes Vallejo^f, L. Sánchez Camacho^g, M.D. Spínola Muñoz^h y M. Aldeanueva Escribanoⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Posadas. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villa del Río. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almodóvar del Río. Córdoba. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Guadalquivir. Córdoba. ^hMédico Residente. Centro de Salud Occidente. Córdoba. ⁱMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Montoro. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 65 años que consulta por edemas con fóvea en ambos miembros inferiores de diez días de evolución acompañado de recorte de diuresis, pese al tratamiento diurético pautado. Se descartó en urgencias TVP los días previos. Sin otra sintomatología asociada. AP: HTA, hiperuricemia, HBP. IQ: Hernias discales. Tratamiento: tramadol, pregabalina, tamsulosina.

Exploración y pruebas complementarias: EF: aceptable estado general, COC, NH, leve cianosis acra en miembros inferiores, eupneico en reposo. Afebril. ACR: tonos rítmico a buena frecuencia. MVC sin ruidos patológicos. Abdomen: anodino. No ascitis. MMII: edema con fóvea hasta raíz de miembros. No signos de TVP. Analítica: leucocitos 16.100, Hb 16, plaquetas 137.000. Urea 99, Cr 0,78, Na 129. ASt 149, ALt 200, FA 259, GGT 398. TpACT 58,1%, INR 1,30. FR negativo. Hipocomplementemia C3, C4. Hipergammaglobulinemia. ANA+. Sistemático orina: proteínas 300 mg. Orina 24h: proteinuria 8 g. Rx de tórax: leve pinzamiento de seno costofrénico izquierdo. Eco abdomen: lesión focal hepática de 6 cm. Adenopatías patológicas en hilio y ligamento gastrohepático. Ascitis. Probable neoplasia primaria hepática. TC de abdomen: probable neoplasia primaria hepática. Colangiocarcinoma intrahepático vs CHC. Adenopatías patológicas celiacas y periportales, derrame pleural y ascitis.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico asociado a probable hepatopatía crónica, colangiocarcinoma. Posible GN membrano-proliferativa/GN membranosa.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, edema medicamentoso, linfedema, celulitis.

Comentario final: El síndrome nefrótico es la forma de presentación de una serie de enfermedades glomerulares caracterizadas por proteinuria masiva en orina, > 3,5 g/día en adultos. Puede acompañarse de hipoalbuminemia, edemas, hiperlipemia e hipercoagulabilidad. En casos graves, puede provocar complicaciones como Insuficiencia renal aguda, trombosis, desnutrición proteinocalórica y mayor susceptibilidad a infecciones. En mayores de 45 años la causa más frecuente es la GN membranosa. Hasta un 5-20% de los adultos con GN mebranosa, especialmente en mayores de 65 años, asocian un tumor sólido y con menos frecuencia hematológico. En la mayoría de los casos el tumor ya es evidente antes de la aparición

de la proteinuria, sin embargo, el diagnóstico de GN anterior al tumor es más probable en adultos de mayor edad.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.
2. Farreras Valentí, P; Rozman, C, et al. Medicina Interna, 16ª ed. Elsevier.

Palabras clave: Síndrome nefrótico.