



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

## 242/4029 - SÍNDROME NEFRÓTICO EN UN PACIENTE MONORRENO

B. García López<sup>a</sup>, P. Moreno Cano<sup>b</sup>, E. Tejedor Simón<sup>a</sup>, A. Chamali Pino<sup>c</sup>, M. Anadón González<sup>a</sup> e I. Matos Rojas<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chopera. Alcobendas. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Chopera. Alcobendas. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud V Centenario. San Sebastián de los Reyes. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 72 años con antecedentes de: nefrectomía radical izquierda por carcinoma de células claras, unifocal con ausencia de invasión local ni a distancia. Además hipertensión arterial de reciente diagnóstico en tratamiento con IECA y betabloqueantes, con mal control. Acude por edemas bimaleolares de 2-3 semanas de evolución, posteriormente asociando edemas en miembros superiores, sin otros síntomas asociados.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, TA 150/85 mmHg. Auscultación cardiopulmonar normal. Extremidades: edemas en ambas manos, con fóvea en mano izquierda. Edemas perimaleolares bilaterales con fóvea hasta rodillas. Se deriva al servicio de urgencias en donde tras realización de analítica, se decide ingreso con diagnóstico de síndrome nefrótico a estudio. Durante el ingreso se realizan analíticas de sangre, estudio inmunológico completo, marcadores tumorales, serología, sistemático y orina de 24 horas, doppler renal, TC body, como hallazgos: creatinina 1,64, filtrado glomerular 41,16, colesterol total 210 mg/dL, albúmina 2,1 g/dL, proteínas totales 4,2 g/dL. Sistemático de orina: proteinuria de 2.873,2 mg/dL, creatinina 282 mg/dL, cociente Pr/Cr 10 mg/mg. TC toracoabdominal: discreto derrame pleural izquierdo.

**Juicio clínico:** Síndrome nefrótico clínico y bioquímico con fracaso renal agudo AKIN 1 no oligúrico en probable relación a glomerulonefritis membranosa (GM).

**Diagnóstico diferencial:** Glomerulopatía paraneoplásica, diabetes mellitus, vasculitis, lupus eritematoso sistémico, infecciones víricas, fármacos y alergias a picadura de insectos.

**Comentario final:** El síndrome nefrótico es una entidad clínica definida por cinco características: 1. Proteinuria ( $> 3,5 \text{ g/24 h}$ ). 2. Hipoalbuminemia ( $3,5 \text{ g/dL}$ ). 3. Edema. 4. Hipercolesterolemia. 5. Lipiduria. La glomerulopatía membranosa tiende a ser más frecuente a partir de los 60 años. El diagnóstico específico del síndrome nefrótico en adultos debe basarse en la biopsia renal. En el caso presentado, tras la ausencia de otros hallazgos causales en un paciente monorreno, contraindicación relativa de biopsia renal, y puesto que la GM es la causa más frecuente de síndrome nefrótico en el adulto, se barajó el diagnóstico de GM sin la realización inicial de biopsia renal.

### Bibliografía

1. Orth SR, Ritz E. The nephrotic syndrome. *N Engl J Med.* 1998;338(17):1202-11.
2. Waller KV, Ward KM, Mahan JD, Wismatt DK. Currentconcepts in proteinuria. *Clin Chem.* 1989;35(5):755-65.
3. Ponticelli C. Membranous nephropathy. *J Nephrol.* 2007;20(3):268-87.
4. Rodríguez García JL, et al. Síndrome nefrótico. Diagnóstico y tratamiento médico. 2011;1405.

**Palabras clave:** Síndrome nefrótico. Edema. Proteinuria.