



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2324 - EDEMAS EN UN PACIENTE JOVEN

L. López Santos<sup>a</sup>, G. Bornás Cayuela<sup>a</sup>, L. González Torres<sup>b</sup>, M. Fernández de Béjar<sup>c</sup> y M. Franco Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital General Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 18 años que acude a la Consulta de Atención Primaria por edemas en ambos miembros inferiores (MMII) de 48 horas de evolución. No presenta otra clínica asociada. Niega consumo de drogas ni productos hiperproteicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Edemas en tercios inferiores de MMII, con fóvea II/VI, sin signos inflamatorios, no dolorosos, Homans negativo, ausencia de alteraciones cutáneas. Indicamos observación y citamos en una semana para ver evolución. En la nueva entrevista, los edemas en MMII han aumentado hasta las rodillas y han aparecido en ambos párpados. No hipertensión arterial, no oliguria, no otras alteraciones asociadas. Afebril en todo momento. Analítica sanguínea: hipoalbuminemia de 2,1 g/dl, resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones. No alteración del proteinograma ni del complemento. No hiperlipidemia ni datos de hipercoagulabilidad en este momento. Analítica de orina: proteinuria de 1.722 (> 3,5 g/24 h/1,73 m<sup>2</sup>), cociente albúmina/creatinina 6.975, microalbuminuria de 14.146. No hematuria.

**Juicio clínico:** Síndrome nefrótico puro. Presencia de proteinuria en rango nefrótico; hipoproteinemia y edema. Se deriva a Nefrología para estudio. Diagnóstico definitivo: glomerulonefritis esclerosante focal y segmentaria.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva, alteraciones hepáticas, fármacos (ciertos antihipertensivos, AINEs, corticoides, etc.), diabetes mellitus, amiloidosis, tumores, etc.

**Comentario final:** Me gustaría resaltar la importancia de unas exhaustivas anamnesis y exploración física en Atención Primaria para la sospecha diagnóstica, puesto que no es una enfermedad común en chicos jóvenes. Para evitar complicaciones graves- edema pulmonar, accidentes tromboembólicos y fracaso renal- e intentar un pronóstico aceptable, el diagnóstico y tratamiento deben ser precoces. Debemos recordar que el síndrome nefrótico es la forma de presentación más frecuente de las nefropatías glomerulares.

### Bibliografía

1. Sterns R. Clinical manifestations and diagnosis of edema in adults. UpToDate, 2005.
2. Rovin B. Assessment of urinary protein excretion and evaluation of isolated non-proteinuria in adults. UpToDate, 2013.
3. Kelepouris E, Rovin B. Overview of heavy proteinuria and the nephrotic syndrome. UpToDate, 2005.

4. Fehr T, Seeger H. Nephrotic Syndrome in Adults Patients; Etiology and Complications. Praxis (Bern 1994). 2016;105(5):259-67.

**Palabras clave:** Edemas. Proteinuria. Glomerulonefritis.