Semergen. 2018;44(Espec Congr 17): 759

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

347/331 - EDEMAS, PROTEINURIA Y HEMATURIA EN MUJER DE 60 AÑOS TRAS CUADRO CATARRAL

R. Bartolomé Resano[a], C. Palacios Palomares[b], A. Nieto Molinet[c] y A. Portu Iparraguirre[b]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. [b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Rochapea. Pamplona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 60 años. Antecedentes: litiasis renal. Intervenida de quiste submaxilar derecho. Insomnio. Exfumadora desde hace 16 años Tratamiento: lorazepam 1 mg a la noche. Vista por cuadro catarral con fiebre, congestión, tos y expectoración con exploración normal se indica tratamiento sintomático con paracetamol. A los 15 días acude de nuevo por edema en cara y EEII con disnea de moderados esfuerzos.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta edema con fóvea en EEII hasta tobillos y en zona periorbitaria. La AC y AP fueron normales. TA 120/82 mmHg. No ingurgitación yugular. Se solicita analítica urgente con hemograma, bioquímica y sedimento de orina, apreciando micro hematuria (10 hematíes/campo) y proteinuria 517 mg/dL (5 g/L). La creatinina fue normal (0,7 mg/dL), hipercolesterolemia leve (colesterol 220 g/dL, LDL 144 g/dL, discreta hipoproteinemia (5,7 g/L) e hipoalbuminemia (2,8 g/dL), aumento ligero de transaminasas (AST 111 d/dL, ALT 111 g/dL). Se inicia torasemida 5 mg 2 veces al día y se deriva a nefrología preferente. Allí repiten sedimento con proteinuria de 3 g/L, y se completa analítica con ANA (+), ASLO (-) y se pide ecografía que fue normal. Permanece asintomática sin edemas, por lo que no se realiza biopsia renal. En seguimiento en nefrología.

Orientación diagnóstica: Síndrome nefrítico (probable glomerulonefritis post infecciosa tras cuadro viral).

Diagnóstico diferencial: Causas de edema generalizado como hipoalbuminemia: síndrome nefrótico; nefropatías: nefropatía diabética, otras glomerulonefritis (sobre todo nefropatía IgA); cardiacas: insuficiencia cardiaca, pericarditis constrictiva; hepatopatías: cirrosis, hipertensión portal; hiperaldosteronismo; endocrinológicas: hipotiroidismo.

Comentario final: Es importante en atención primaria orientar las causas de edemas con la anamnesis y la exploración, dado que en algunas el retraso diagnóstico empeora el pronóstico. No debe demorarse la analítica. Aunque las glomerulonefritis post infecciosas son más frecuentes en niños, también aparecen en adultos. No todas son por estreptococos (80%), asociándose también a otras bacterias y virus, como en este caso. Es recomendable la derivación, dado que el síndrome nefrítico puede deberse a otras enfermedades sistémicas. En caso de síntomas de más de 3 semanas, insuficiencia renal aguda o presencia de proteinuria en rango nefrótico es necesaria la biopsia renal.

Bibliografía

1. Corredera A, Aguilera C. Edemas. Guía de actuación en Atención Primaria, 4ª ed. semFYC. 2011: 14-22.

Palabras clave: Edema. Proteinuria. Hematuria.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.