



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/1087 - IT IS LUPUS!

L. Sánchez Roig^a, A. Clofent Jiménez^b, A. Mercadé López^c y A. Serra Vázquez^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. ^dMédico de Familia. CAP Llefià. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 26 años fumadora, sin antecedentes de interés que consulta en Urgencias de Atención Primaria por edemas en las piernas de horas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración presenta edemas sin fóvea hasta rodillas y placas eritematodescamativas rosadas, con bordes activos sobreelevados, pruriginosas, excoriadas, de un año de evolución, extendidas por todo el cuerpo, que desaparecen dejando mancha hipocrómica y que trata con beclometasona tópica. Reinterrogando a la paciente y revisando la historia clínica, constan varios episodios de artralgias inflamatorias asimétricas episódicas en rodillas y metacarpofalángicas, con rigidez tras el reposo, que duran unas 24h de un año de evolución. Se realiza tira reactiva de orina que muestra hematíes+++ y proteínas+++.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de síndrome nefrótico en paciente con afectación cutánea y articular, se solicita analítica programada con función renal, bioquímica de orina y autoinmunidad.

Diagnóstico diferencial: Síndrome nefrótico, otras causas de hipoproteinemia, insuficiencia cardíaca derecha, síndromes vasculares compresivos.

Comentario final: Ese mismo día, la paciente reconulta en el hospital de referencia, donde se objetiva hipoproteinemia con función renal conservada y se deriva a consultas externas especializadas de Nefrología y Reumatología. Tras un estudio extenso y ante los hallazgos de linfopenia, hipoalbuminemia con proteinuria de 3 g/24h, hipercolesterolemia, ANA+, anti-DNA+, antiKu+ con hipocomplementemia, se orienta como lupus eritematoso sistémico con afectación renal, articular y cutánea. Se realiza una biopsia renal que confirma glomerulonefritis por cambios mínimos por citopatía lúpica y tras iniciar el tratamiento con prednisona, presenta resolución de los edemas, desaparición de las lesiones cutáneas y ausencia de artralgias. Conclusiones: las enfermedades autoinmunes sistémicas pueden conllevar retraso diagnóstico al presentar clínica multiorgánica que, a menudo, ante la falta de tiempo de visita y las consultas médicas realizadas en diferentes centros que no comparten de forma óptima la información clínica, tiene difícil correlación.

Justificación: mientras que el 80-90% de los síndromes nefróticos en adultos son idiopáticos, la glomerulonefritis por cambios mínimos supone, junto con la nefropatía IgA, el 15% de los casos, lo que conlleva que pueda suponer un reto diagnóstico si tenemos en cuenta que la incidencia anual de síndrome nefrótico en adultos es de 3/100.000 personas/año.

Bibliografía

1. Kodner C. Diagnosis and Management of Nephrotic Syndrome in Adults. *Am Fam Physician*. 2016;93(6):479-85.

Palabras clave: Lupus. Nefrótico. Edema.