



## 204/113 - SÍNDROME NEFRÓTICO EN PACIENTE CON GLOMERULONEFRITIS CRÓNICA

C. Fernández Galache<sup>a</sup>, I. Galán López<sup>b</sup>, L.P. Salag Rubio<sup>a</sup>, M. Anta Fernández<sup>c</sup>, J.M. Bravo González<sup>d</sup>, N. Guelai<sup>e</sup>, B. Martínez Sanz<sup>f</sup>, D.M. Robaina Cabrera<sup>g</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>o</sup> y A. Nofan Maayah<sup>h</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Salud Saja. Cabezón de la Sal. <sup>c</sup>Médico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>d</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. <sup>e</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. <sup>f</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. <sup>h</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 60 años, IMC: 26, diabetes mellitus tipo II de 10 años de evolución, hipercolesterolemia, posible glomerulonefritis crónica con hipertensión arterial bien controlada con lisinopril, por lo que se desestimó biopsia renal. Acude a consulta por mal control matutino de TAS, 160-170, de unos días de evolución, más oliguria, inapetencia y astenia leve.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física salvo edemas con fovea maleolares bilaterales, no se observan otras alteraciones significativas. ECG normal. Se solicita analítica de rutina donde se observa: hemoglobina 11,6 g/dl, VCM 106,4 lF, urea 63, creatinina 1,9 mg/dL, TFG 39 ml/min, triglicéridos 193 mg/dL, potasio 5,8 mEq/L, ferritina 13 ng/ml. Elemental de orina: proteínas ++++. Microalbuminuria 2209 ug/mg. Se remite al hospital para pruebas complementarias y tratamiento.

**Juicio clínico:** Cuadro general con insuficiencia renal crónica reagudizada y anemia ferropénica normocítica secundaria a síndrome nefrótico.

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes mellitus II complicada con insuficiencia renal crónica que provocaría microalbuminuria, que evoluciona hacia una proteinuria y por consiguiente descenso de la función renal, que es poco probable, pues serían necesarios más años de evolución de la enfermedad. Síndrome urémico observado en pacientes con TFG < 20 ml/min, apareciendo entre otros anemia normocítica normocrómica por déficit de eritropoyetina. Hiperpotasemia en contexto de insuficiencia renal crónica o posible nefropatía diabética.

**Comentario final:** El síndrome nefrótico es el resultado de alteraciones clínicas y analíticas como consecuencia de un aumento a la permeabilidad de las proteínas a través de la membrana capilar glomerular, donde una alteración glomerular, primaria o una causa sistémica, pueden desencadenarlo, por lo que una vez sospechado es necesario completar el estudio con glucemia,

creatinina, perfil lipídico, iones, albúmina, proteínas séricas, pruebas hepáticas, TSH, ANA, ANCA, factor reumatoide, complemento C3 y C4, coagulación, serología de VIH y hepatitis, Rx de tórax, eco y biopsia renal, dado que el tratamiento irá enfocado al control de la causa desencadenante y será necesario el seguimiento por nefrología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Alcázar R, Egocheaga MI, Orte L, Lobos JM, González-Parra E, Álvarez-Guisasola F, et al. Documento de consenso S.E.N.-semFYC sobre la enfermedad renal crónica. *Nefrología*. 2008;28:273-82.
2. Cebrián R, Santoveña Z. Glomerulonefritis crónicas. *Protoc Diagn Ter Pediatr*. 2014;1:315-32.
3. Gutiérrez-Martínez L. Síndrome urémico [Sesión clínica en Internet]. Instituto Mexicano del seguro social; 2014.
4. Kelepouris E, Robin B. Overview of heavy proteinuria and the nephrotic syndrome. *UpToDate*, 2014.