Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):60

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-060 - PACIENTE JOVEN CON EDEMAS EN MIEMBROS INFERIORES

R.M. Acosta Mercedes, M. Prado Coste y N. Terrero Ledesma

CS Zona 4.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 24 años que acude por edemas en miembros inferiores de una semana de evolución. Percepción de disminución de la diuresis. No fiebre. No hematuria. No dolor lumbar. No disnea. No ortopnea ni DPN. No clínica infecciosa en los días previos. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas, Trabaja como vendedor de congelados, Nefrectomía izquierda por lesión tumoral benigna a los 19 meses de vida. No fumador, bebedor ocasional, tomador crónico de AINEs. No HTA, no DM, no DLP, hiperuricemia/gota. SAOS en tratamiento con CPAP que no toleró. Obesidad. Qx: intervenido en dos ocasiones en rodilla izquierda por osteocondrosis disecante. Antecedentes familiares: padres y abuelas HTA.

Exploración y pruebas complementarias: Tª 36, TA: 143/90, FC 96. BEG, NI, NC, Eupneico, CyO. AC: rítmico sin soplo. AP: hipoventilación generalizada sin ruidos patológicos agregados. Abdomen: blando y depresible. No doloroso a la palpación. No signos de irritación peritoneal. PPRD negativa. MMII: edemas bilaterales con fóvea hasta 2/3. No signos de TVP. Laboratorio: anodino salvo GOT 51, proteinuria de 500 y hematíes 10 en orina. Rx de tórax: sin alteraciones significativas. ECG. RS a 95 lpm. No datos de isquemia aguda ni bloqueo. No alteraciones de la repolarización ni hipertrofia.

Juicio clínico: Edemas en MMII a estudio.

Diagnóstico diferencial: Edema idiopático. Retención ortostática de sodio. Edema ocupacional y postural y post ejercicio. Abuso de diuréticos y laxantes. Edema por calor. Movilidad reducida. Secundarios a fármacos. El edema de causa venosa. El edema linfático. Edema de causa infecciosa. Edemas sistémicos: cardiopatía, hepatopatías, nefropatías, endocrinos, anemia. Algodistrofia simpática refleja. Lipoedema. Autoinmunes.

Evolución: Furosemida 40 mg cada 24h hasta consulta control de riesgos cardiovascular (se explica) y dado las alteraciones analíticas se deriva a MI para estudio.

Comentario final: Paciente valorado por MI donde se realiza estudio de probable síndrome nefrótico con proteinograma compatible aunque la proteinuria no es nefrótica actualmente, por lo que consideraron un probable síndrome nefrótico en remisión espontánea. Síndrome metabólico, TA limite actualmente en observación, DLP y SAOS. Se pautan estatinas y aspirina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis Jimenez M. Manual de urgencias y emergencias, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.

2. Lavilla Royo FJ. Protocolo diagnóstico de los edemas. Medicine. 2011;10:5379-82.

3. Heras M, et al. Remisión completa de síndrome nefrótico en mujer con amiloidosis renal por fiebre mediterránea familiar. Revista de Nefrología. 2015.

4. Rossi G. Diagnóstico diferencial de los edemas en miembros inferiores. Revisión bibliográfica. Sociedad de Flebología y Linfología Bonaerense. 2007;2:157-220.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.