



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2536 - COMPLICACIÓN PEDIÁTRICA VISTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

A. Vázquez Sánchez^a, J.A. Saiz de Quevedo García^b, J.C. López Caro^c, K.P. Baldeón Cuenca^d, A.M. González Pedraja^e, X. Piris García^f, M.M. Cohen Escovar^g y C.A. Reyes Mateo^h

^aMédico de Familia. Urgencias. Hospital Sierrallana. Torrelavega. ^bMedicina Interna. Hospital Comarcal Laredo. Laredo. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Coto. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Los Corrales de Buelna. ^eMédico de Familia. Urgencias. Hospital Valdecilla. Cantabria. ^fMédico de Familia. Urgencias. Hospital de Laredo. Laredo. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Buenavista Osakidetza. Vizcaya. ^hMédico de Familia. SUAP Astillero. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Niña 5 años. Vacunación correcta. Acude por odinofagia, otalgia y febrícula. Ag *S. pyogenes* +. Se trata con amoxicilina. Seis días después presenta vómitos y dolor abdominal. Refiere edema palpebral bilateral desde hace 48 horas, oliguria y dolor en HD. Orina hematurica. Sedimento compatible con s. nefrítico.

Exploración y pruebas complementarias: TA 126/88; FC 94; T^a 37; °C. Peso 20,5 (p 40). Talla 115 (p 50). Edema palpebral simétrico. Amígdalas hipertróficas e hiperémicas. ACP: normal. Dolor a la palpación en epigastrio. No edemas EEII. Hemograma y BQ normales. E y S hematíes ++++; leucocitos ++; proteínas +++; 80-90 h/c; 30-40 leucocitos/campo; cilindros hialinos. BQ orina: Na 50 meq/l; K 178,8 mEq; proteínas 24h: 197 mg; albúmina/Cr 91,3; Prt/Cr 0,4. ASLO: 1.330; C3 5,02; C4 16,7; FR, ANA y ANCA negativos. Cultivo frotis faríngeo: negativo. Ecografía ABD: pequeña cantidad de líquido libre en saco de Douglas.

Juicio clínico: Glomerulonefritis aguda postestreptocócica.

Diagnóstico diferencial: Glomerulonefritis mesangial IgA, crioglobulinemia, LES.

Comentario final: Durante el ingreso desaparece la clínica, persistiendo microhematuria. Se objetivó proteinuria no nefrótica. La diuresis se mantuvo en el rango normal (2,5-3,5 ml/kg/h) y desaparecieron los edemas palpebrales. TA por encima del p 99 (117/79). La GNAP se produce después de la infección por gérmenes con antígenos que inducen la formación de inmunocomplejos, (ICC), que al depositarse en el glomérulo lo lesionan. Entre 1 y 3 semanas después de la infección estreptocócica, se desencadenan las manifestaciones clínicas: hematuria, proteinuria, oliguria e HTA. Se activa el complemento y C3 desciende durante 6-8 semanas y se deposita en el glomérulo. El sedimento suele normalizarse a los 6 meses. La biopsia renal está indicada si persisten las alteraciones inmunológicas o del sedimento. No existe tratamiento específico para la afectación renal. El 95% de los casos evoluciona a la curación. Hasta el 1% desarrollará insuficiencia renal rápidamente progresiva.

Bibliografía

1. Floeje J, Johnson R, Feehally J. Comprehensive Clinical Nephrology, 4^a ed, Elsevier, 2010.
2. Fernández A, Romero F. Glomerulonefritis Aguda Post infecciosa. Protoc Diagn Ter Pediatr. 2014;1:303-14.

Palabras clave: *Streptococo. Hematuria. Proteinuria. Glomerulonefritis. Inmunocomplejos.*