



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/63 - DOCTORA, HE GANADO 10 KG DE PESO EN 1 SEMANA

E. Luque-Romero Muñoz<sup>a</sup>, G. Pardo Moreno<sup>b</sup> y O. Varona Vuelta<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Pozo. Madrid. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José María Llanos. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón 55 años. AP: HTA. DL. DMID. Exfumador. Hernia lumbar intervenida hace 2 meses. Consulta por disnea de mínimos esfuerzos, tos seca y edemas en MMII desde hace 10 días, con importante aumento ponderal. En los últimos días, también asocia oliguria y ortopnea. Estuvo en tratamiento con azitromicina por un catarro hace 2 semanas. Tratamiento habitual: simvastatina, enalapril, insulina detemir, metformina/sitagliptina, pregabalina, tramadol y sulodexida.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. TA 146/81. FC 102 lpm. SatO<sub>2</sub> 94%. Afebril. ACP normal. Abdomen edematoso. MMII: edemas con fovea hasta raíz. No signos TVP. Analítica de sangre: Hb 15,1. Pla<sub>q</sub> 245.000. Leucocitos 12.300. Fibrinógeno 718. Glucosa 244, perfil hepático normal. Cr 0,82, FG > 60. Proteínas 4,4. Albúmina 2,6. Na 124. CT 196. TG 186. Nt-proBNP 56. Proteinograma e IG normal. Rx tórax: no infiltrados ni derrame pleural. Analítica de orina: Prot+++, Hb+. Bioquímica: Na 22, Prot/cr 17,04. Orina 24h: proteínas 10.071 mg/24h. Albúmina 8.169 mg. ETT: FEVI normal. No derrame pericárdico. Ecografía abdominal: nefromegalia bilateral. Esteatosis hepática. Biopsia renal: glomerulopatía por cambios mínimos.

**Juicio clínico:** Glomerulonefritis por cambios mínimos (GNCM) en relación a consumo crónico de AINEs.

**Diagnóstico diferencial:** Glomerulonefritis primarias y secundarias. ICC. Edemas.

**Comentario final:** La GNCM es la nefropatía más frecuente en la infancia. En adultos, alrededor 20%. Se piensa que podría tratarse de una alteración transitoria de proteínas de la membrana. Se asoció con enfermedades infecciosas, alérgicas, neoplásicas (síndrome de Hodgkin) o farmacológicas (AINEs). En este caso, el paciente había estado tomando AINEs el año anterior casi a diario por una hernia lumbar. Se caracteriza por síndrome nefrótico (proteinuria > 3,5 g), y sus manifestaciones clínicas (edemas, hipoproteinemia, trombosis e hipercolesterolemia). Su pronóstico renal es bueno. No es infrecuente el deterioro de función renal reversible. El tratamiento es corticosteroides a altas dosis hasta conseguir remisión de enfermedad. El paciente fue derivado a urgencias ante progresión de ganancia de peso y disnea, donde lo ingresaron en Medicina Interna para estudio. Durante el ingreso, empeoramiento progresivo de función renal junto con oliguria por lo que necesitó diálisis. Tras conocerse resultados de biopsia, se inició tratamiento con prednisona 80 mg/24h, junto con

diuréticos, IECAs y amlodipino, con mejoría importante.

## **Bibliografía**

1. Fernández Fresnedo G. Algoritmos en Nefrología. Valoración de las nefropatías (primarias y secundarias) en la urgencia. Disponible en:  
[https://static.elsevier.es/nefro/otras\\_pubs/algoritmos\\_3.pdf](https://static.elsevier.es/nefro/otras_pubs/algoritmos_3.pdf)
2. Fernández Fresnedo G. Gromerulonefritis primarias. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al día.