



## 242/2324 - EDEMAS EN UN PACIENTE JOVEN

L. López Santos<sup>a</sup>, G. Bornás Cayuela<sup>a</sup>, L. González Torres<sup>b</sup>, M. Fernández de Béjar<sup>c</sup> y M. Franco Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Hospital General Reina Sofía. Murcia. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Floridablanca. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 18 años que acude a la Consulta de Atención Primaria por edemas en ambos miembros inferiores (MMII) de 48 horas de evolución. No presenta otra clínica asociada. Niega consumo de drogas ni productos hiperproteicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Edemas en tercios inferiores de MMII, con fóvea II/VI, sin signos inflamatorios, no dolorosos, Homans negativo, ausencia de alteraciones cutáneas. Indicamos observación y citamos en una semana para ver evolución. En la nueva entrevista, los edemas en MMII han aumentado hasta las rodillas y han aparecido en ambos párpados. No hipertensión arterial, no oliguria, no otras alteraciones asociadas. Afebril en todo momento. Analítica sanguínea: hipoalbuminemia de 2,1 g/dl, resto de hemograma y bioquímica sin alteraciones. No alteración del proteinograma ni del complemento. No hiperlipidemia ni datos de hipercoagulabilidad en este momento. Analítica de orina: proteinuria de 1.722 (> 3,5 g/24 h/1,73 m<sup>2</sup>), cociente albúmina/creatinina 6.975, microalbuminuria de 14.146. No hematuria.

**Juicio clínico:** Síndrome nefrótico puro. Presencia de proteinuria en rango nefrótico; hipoproteinemia y edema. Se deriva a Nefrología para estudio. Diagnóstico definitivo: glomerulonefritis esclerosante focal y segmentaria.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia cardíaca congestiva, alteraciones hepáticas, fármacos (ciertos antihipertensivos, AINEs, corticoides, etc.), diabetes mellitus, amiloidosis, tumores, etc.

**Comentario final:** Me gustaría resaltar la importancia de unas exhaustivas anamnesis y exploración física en Atención Primaria para la sospecha diagnóstica, puesto que no es una enfermedad común en chicos jóvenes. Para evitar complicaciones graves- edema pulmonar, accidentes tromboembólicos y fracaso renal- e intentar un pronóstico aceptable, el diagnóstico y tratamiento deben ser precoces. Debemos recordar que el síndrome nefrótico es la forma de presentación más frecuente de las nefropatías glomerulares.

### Bibliografía

1. Sterns R. Clinical manifestations and diagnosis of edema in adults. UpToDate, 2005.
2. Rovin B. Assessment of urinary protein excretion and evaluation of isolated non-proteinuria in

adults. UpToDate, 2013.

3. Kelepouris E, Rovin B. Overview of heavy proteinuria and the nephrotic síndrome. UpToDate, 2005.
4. Fehr T, Seeger H. Nephrotic Syndrome in Adults Patients¿Etiology and Complications. Praxis (Bern 1994). 2016;105(5):259-67.

**Palabras clave:** Edemas. Proteinuria. Glomerulonefritis.