



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1087 - IT IS LUPUS!

L. Sánchez Roig<sup>a</sup>, A. Clofent Jiménez<sup>b</sup>, A. Mercadé López<sup>c</sup> y A. Serra Vázquez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CAP Llefià. Barcelona. <sup>d</sup>Médico de Familia. CAP Llefià. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 26 años fumadora, sin antecedentes de interés que consulta en Urgencias de Atención Primaria por edemas en las piernas de horas de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración presenta edemas sin fovea hasta rodillas y placas eritematodescamativas rosadas, con bordes activos sobreelevados, pruriginosas, excoriadas, de un año de evolución, extendidas por todo el cuerpo, que desaparecen dejando mancha hipocrómica y que trata con beclometasona tópica. Reinterrogando a la paciente y revisando la historia clínica, constan varios episodios de artralgias inflamatorias asimétricas episódicas en rodillas y metacarpofalángicas, con rigidez tras el reposo, que duran unas 24h de un año de evolución. Se realiza tira reactiva de orina que muestra hematíes+++ y proteínas+++.

**Orientación diagnóstica:** Ante la sospecha de síndrome nefrótico en paciente con afectación cutánea y articular, se solicita analítica programada con función renal, bioquímica de orina y autoinmunidad.

**Diagnóstico diferencial:** Síndrome nefrótico, otras causas de hipoproteinemia, insuficiencia cardíaca derecha, síndromes vasculares compresivos.

**Comentario final:** Ese mismo día, la paciente reconsulta en el hospital de referencia, donde se objetiva hipoproteinemia con función renal conservada y se deriva a consultas externas especializadas de Nefrología y Reumatología. Tras un estudio extenso y ante los hallazgos de linfopenia, hipoalbuminemia con proteinuria de 3 g/24h, hipercolesterolemia, ANA+, anti-DNA+, antiKu+ con hipocomplementemia, se orienta como lupus eritematoso sistémico con afectación renal, articular y cutánea. Se realiza una biopsia renal que confirma glomerulonefritis por cambios mínimos por citopatía lúpica y tras iniciar el tratamiento con prednisona, presenta resolución de los edemas, desaparición de las lesiones cutáneas y ausencia de artralgias. Conclusiones: las enfermedades autoinmunes sistémicas pueden conllevar retraso diagnóstico al presentar clínica multiorgánica que, a menudo, ante la falta de tiempo de visita y las consultas médicas realizadas en diferentes centros que no comparten de forma óptima la información clínica, tiene difícil correlación. Justificación: mientras que el 80-90% de los síndromes nefróticos en adultos son idiopáticos, la glomerulonefritis por cambios mínimos supone, junto con la nefropatía IgA, el 15% de los casos, lo que conlleva que pueda suponer un reto diagnóstico si tenemos en cuenta que la incidencia anual de

síndrome nefrótico en adultos es de 3/100.000 personas/año.

### **Bibliografía**

1. Kodner C. Diagnosis and Management of Nephrotic Syndrome in Adults. Am Fam Physician. 2016;93(6):479-85.

**Palabras clave:** Lupus. Nefrótico. Edema.