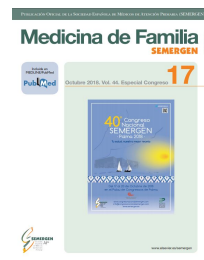




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4457 - ¡ME HINCHO, DOCTORA!

I. Riera Carlos^a, I. Cuesta Bermejo^b, D. García Moreno^c y E. de Dios Rodríguez^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Segovia Rural. Segovia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años alérgica a Nolotil y Buscapina. Antecedentes: dislipemia, artritis reumatoide seropositiva erosiva, hepatopatía crónica por VHC tratado, osteoporosis complicada con fractura de cadera, cáncer de cérvix. Intervenciones quirúrgicas: prótesis hombro derecho, prótesis bilateral de cadera, prótesis de rodilla bilateral, apendicectomía, colecistectomía, histerectomía total con doble anexectomía. Consulta por edemas en miembros inferiores, sin disnea ni ninguna otra clínica acompañante. Inicialmente se pauta torasemida y Daflón, sin mejoría. Aumento progresivo de edemas en manos y piernas y disminución de diuresis, a pesar de tratamiento con furosemida 120 mg/día. Dado el deterioro progresivo se deriva a nefrología preferente, quienes deciden ingreso.

Exploración y pruebas complementarias: TA 90/50. FC 108 Tª 35,8 °C. REG. Palidez cutáneo-mucosa. Eupneica en reposo. No IY. AC: tonos regulares, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, hepatomegalia, Extremidades: edema grave en EEII y EESS. Manos: desviación articulaciones metacarpofalángicas e inflamación de codos. Neurológica: normal. Analítica: creatinina 0,75, FG (CK-EPI) 80, sodio 139, potasio 3, hemoglobina 10, resto normal. Orina: albúmina 2.320 mg/L, proteínas 300 mg/dL, albúmina/creatinina 5.184,4 mg/g, hematíes 10 hematíes/campo. Rx tórax: no condensaciones ni derrame pleural. No cardiomegalia.

Orientación diagnóstica: Descartado origen cardiogénico y dada la proteinuria en rango nefrótico, se realiza estudio de proteinuria: ANA, ANCA y antimembrana basal glomerular negativos, crioglobulinas negativas, proteinograma compatible con síndrome nefrótico, inmunoglobulinas normales, serología positiva a VHC sin actividad viral, marcadores tumorales y antiPLA2R negativo. Durante el ingreso tratamiento intravenoso con furosemida y albúmina, más restricción hídrica, con lo que la paciente presenta aumento de diuresis y disminución progresiva de los edemas. Se realiza biopsia renal, confirmándose histológicamente diagnóstico de síndrome nefrótico secundario a amiloidosis de tipo AL.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardíaca, hepatopatía crónica, síndrome nefrótico, malnutrición proteica, enteropatía pierdeproteínas, edema secundario a fármacos.

Comentario final: El síndrome nefrótico no es frecuente, pero es suficientemente grave para que el médico de familia sepa reconocer los síntomas y diagnosticarlo. Si se sospecha, el diagnóstico es fácil con la determinación analítica que muestra excreción urinaria de proteínas > 3,5 g/día. Los pacientes deben ser derivados a nivel especializado.

Bibliografía

1. Bartolomé Resano R, Bartolomé Resano FJ. Síndrome nefrótico. AMF. 2018;14(1):4-9.

Palabras clave: Edemas. Síndrome nefrótico.