



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4720 - SÍNDROME NEFRÓTICO COMPLETO

N. Fernández Martínez^a, R. Pardo Valcarce^b, C. Martínez Canel^a y D. Saco Díaz^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ^bMédico de Familia. Centro Salud Ponferrada II. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 59 años. AP: Alergia a omeprazol y lansoprazol. No hábitos tóxicos. Hipotiroidismo, síndrome depresivo. Cx: ooforectomía (2001), hernia inguinal izquierda (1982), hemorroidectomía (2005). NAC LII+LID con ingreso en UCI (2016). Tratamiento: paroxetina20 y Eutirox50. EA: edemas en EEII desde hace 2 meses. En analítica: hipercolesterolemia e hipoproteinemia con proteinuria en rango nefrótico. Se deriva a consulta de Nefrología, siendo diagnosticada de glomerulonefritis membranosa. Se observa 6 meses con tratamiento no inmunosupresor (BRA2 + estatina): BEG, Cr estable (1,02-1,25 mg/dl), proteinuria 7-5,8 g/día e hipoproteinemias leves (5,1 y 5,3 g/dl). Sin cambios en grados de proteinuria, se inicia tratamiento inmunosupresor y corticoides v.o.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 114/75. FC 95. Peso: 60 kg. Edemas con fóvea en extremidades inferiores. Analítica: (09/2017). BQ: Urea 35. Cr 0,97. Colesterol 316. Proteínas totales 5. Albúmina 2,9. Resto normal. Ig y complemento normales excepto IgG 598 mg/dl. Proteinograma en sangre y orina 24h: sin alteraciones. Sist + sedimento orina: microhematuria, bacteriuria. ACr 72,3 ml/min. Proteinuria 6,04 g/24h. ANA, ANCA, anti MBG y crioglobulinas: negativo. Hemograma: sin alteraciones. Serología VHB, VHC y VIH (-). Eco abdominal: RI de 10,8 cm y RD de 9,7 cm sin lesiones focales. No uropatía obstructiva. Rx tórax: normal. Biopsia renal percutánea (10/17): glomerulonefritis membranosa. Anti PLA2R: cuantitativo 186,9 UR/ml (+ > 20). Analítica (05/18). Urea 52, Cr 1,10, acler CKD-EPI 55 ml/min, colesterol 338, proteínas totales 5,1, albúmina 3. Sist + sedimento orina: con cilindros granulosos. ACr 47,6 ml/min, proteinuria 6,30 g/día. Urocultivo: negativo.

Orientación diagnóstica: Síndrome nefrótico completo secundario a glomerulonefritis membranosa primaria anti-PLA2R+.

Diagnóstico diferencial: Causas primarias (ECM, glomerulosclerosis focal segmentaria, nefropatía membranosa...) y secundarias (DM, amiloidosis, neoplasias, fármacos, infecciosas...).

Comentario final: El síndrome nefrótico se define por la excreción urinaria de > 3 g prot/día, debida a un trastorno del glomérulo, más edemas e hipoalbuminemia. Es más frecuente en niños (ECM) y puede tener causas tanto primarias como secundarias. El diagnóstico se realiza determinando en una muestra al azar una relación proteína/creatinina ≥ 3 o una proteinuria ≥ 3 g/24h; la causa se establece a partir de la anamnesis, la EF, las pruebas serológicas y la biopsia

renal. El pronóstico y el tratamiento dependen de la causa.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Edemas. Proteinuria. Síndrome nefrótico.