



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/412 - DOCTORA, SE ME HINCHAN LAS PIERNAS

A. Rodríguez Barroso<sup>1</sup>, A. Herrero de Dios<sup>2</sup>, B. Rivas Baeza<sup>3</sup> y M. Lor Leandro<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel de Cervantes. Alcalá de Henares. Madrid. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aquitania. Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 58 años, con psoriasis cutánea y osteopenia adecuadamente controladas con tratamiento pautado, sin otros antecedentes personales de interés, que acude a consulta porque desde hace 6 días presenta malestar general, edemas en miembros inferiores, aumento de peso y cifras de tensión arterial (TA) elevadas (máxima 180/120 mmHg).

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 142/88 mmHg, peso 83,8 Kg. BEG. Auscultación normal. Extremidades inferiores: edemas grado II con fóvea hasta rodillas, sin signos de trombosis venosa profunda (TVP). Analítica: proteínas totales 4,9 g/dl; albúmina 2,9 g/dl; colesterol total 317 mg/dl; LDL-colesterol 227 mg/dl. Electroforesis: hipoproteinemia, patrón inflamatorio. Orina 24h: proteinuria 4.927 mg/24h; proteínas/creatinina 5,71. Serologías, autoinmunidad, TSH normales. Biopsia renal: glomerulonefritis focal y segmentaria primaria.

**Orientación diagnóstica:** Síndrome nefrótico debido a glomerulonefritis.

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes mellitus, amiloidosis, mieloma múltiple, enfermedad de cadenas ligeras, enfermedad túbulo-intersticial, necrosis tubular secundario a tóxicos.

**Comentario final:** Ante la sospecha de glomerulonefritis, desde el principio de los síntomas se inició tratamiento hipolipemiante, furosemida e inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (este último se tuvo que sustituir por valsartán debido a la aparición de tos seca como efecto adverso), y se indicaron medidas higiénico-dietéticas estrictas para evitar complicaciones como tromboembolismo o infecciones. La paciente se derivó a consultas de Nefrología para su valoración y realización de la biopsia renal. Tras la realización de la biopsia, se inició corticoterapia, prednisona 1 mg/Kg/día (80 mg/día), observándose al mes que la proteinuria había disminuido un 50% y que la paciente pasaba a presentar mínimos edemas maleolares experimentando una pérdida de peso de 6 Kg. Al cabo de 6 meses desde el inicio de los síntomas, cabe destacar que el episodio se ha resuelto por completo: se ha suspendido la corticoterapia, proteinuria de 200 mg/24h objetivada en el último control analítico y la paciente ya no presenta edemas.

### Bibliografía

1. Bolaños L, de Castaño I. Características clínicas e histopatológicas del síndrome nefrótico primario. Colombia Médica. 2005;36(1):29-33.
2. Orth SR, Ritz E. The nephrotic syndrome. N Engl J Med. 1998;338(17):1202-11.

**Palabras clave:** Edemas. Nefrótico. Glomerulonefritis.