



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



333/174 - EDEMA DE RECIENTE APARICIÓN

P. Colina Azofra¹, J. Juan Gaceo², J. Berrocoso Sánchez³, L. Domínguez-Palacios Barros², M. del Río García¹, A. Lapina¹.

¹Centro de Salud la Alamedilla. Salamanca. ²Centro de Salud San Juan. Salamanca. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años, con cifras elevadas de TA (MAPA en 2016 normal), en estudio por Servicio de Urología por cistitis de repetición y vejiga hiperactiva en tratamiento con instilaciones de ácido hialurónico. Acude a nuestra consulta, refiriendo desde hace 10 días, inflamación de extremidades inferiores que la paciente achaca a un exceso de ejercicio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, normocoloreada. ACP normal. Únicamente se aprecian edemas bimaletales, por lo que se etiqueta de insuficiencia venosa, indicándole medidas posturales para favorecer el retorno venoso. Una semana después, acude por mareo y refiere haber precisado atención urgente en dos ocasiones, por crisis hipertensivas. En analítica de urgencias, destaca un FG 47 y una Creat 1.21, estando ambos previamente normales. Le pautaron Losartan 100 y Furosemida 40, retirando nosotros el Losartan por el mareo que presentaba. Solicitamos analítica completa con parámetros de función renal, interconsulta a S. de Nefrología y la citamos en dos días para revisión. A los dos días, la paciente presenta TA 180/80 mmHg y refiere oliguria. La analítica confirma la presencia de un síndrome nefrótico con proteinuria e hiperlipidemia. Indicamos Bisoprolol 2.5 y continuar con Furosemida 40 a la espera de ser valorada por el especialista, viéndola antes varias veces. La paciente fue valorada en Nefrología donde le realizaron una biopsia renal que finalmente fue informada de Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo 1 y 2 (mesangiocapilar y depósitos densos) y le iniciaron tratamiento con prednisona, vit D y sulfametoxazol-trimetoprim. Posteriormente volvimos a valorar a nuestra paciente por un estado depresivo secundario a la patología anteriormente comentada, precisando derivación a salud mental.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico secundario a glomerulonefritis membranoproliferativa.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia venosa, insuficiencia cardíaca, patología renal.

Comentario final: El síndrome nefrótico es un trastorno glomerular en el que se excretan cantidades excesivas de proteínas en la orina, con las consecuencias que ello implica. Puede aparecer gradualmente, o de forma súbita, como en nuestro caso, y puede presentarse a cualquier edad. Es importante la detección precoz de dicha enfermedad para evitar un daño renal que en su extremo, puede llegar a ser irreversible.

Bibliografía

Braunwald E, Fauci A, Kasper A, editores. Harrison's Principles of Internal Medicine. 15th Edition
New York: McGraw-Hill. 2001. p. 1584-90.

Cameron S. Nephrotic syndrome in the elderly. Semin Nephrol 1996; 16: 319-29.

Palabras clave: Edema, Oliguria, Síndrome Nefrótico, Proteinuria.