



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/368 - LA EDAD SÍ IMPORTA

I. Guillén Delgado^a y L. Blázquez Recio^b

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres.

^bMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por presentar desde hace 3 días edemas periorbitarios a primera hora de la mañana y en miembros inferiores que aumentan a lo largo del día. Nos comenta que 5 días antes estuvo haciendo senderismo. Al insistir en el interrogatorio el paciente refiere ligeras molestias al orinar. No otra sintomatología de interés.

Exploración y pruebas complementarias: Mínimos edemas pre-tibiales, TAS: 130 mmHg y TAD 105 mmHg. En consulta de Atención Primaria: tira reactiva de orina que detecta proteínas. Ante la sospecha diagnóstica se deriva al Servicio de Urgencias para estudio. Hemograma y coagulación sin alteraciones. Bioquímica: proteínas totales 5 g/dl, albúmina 3 g/dl. Resto sin alteraciones. Sistemático orina: proteínas 170 mg/dl. Resto sin alteraciones.

Juicio clínico: Síndrome nefrótico a estudio.

Diagnóstico diferencial: Las causas de edema son múltiples, siendo motivo frecuente de consulta. Entre ellas destacan: venosa, linfática, infecciosa, traumática, ocupacional y postural, sistémicas (cardiopatía, hepatopatía, nefropatía, endocrinopatía, anemia o idiopática). Puntos a tener en cuenta: Bilaterales (generalmente sistémicos) o unilaterales (de causa local). Distribución corporal (localización anatómica). Distribución horaria; desaparece con el descanso o no. Ingesta medicamentosa.

Comentario final: Ante un paciente joven con edemas bilaterales tenemos que hacer hincapié en la anamnesis; conocer patologías sistémicas que presente y repercusión sobre diferentes aparatos, fármacos que tome o que haya tomado recientemente, enfermedades infecciosas pasadas, alergias y actividad desempeñada en los últimos días. Tras finalizar anamnesis y exploración decidimos incluir en el diagnóstico diferencial patologías con afectación renal, concretamente glomerular. Ante la posible gravedad del cuadro decidimos derivar al Servicio de Urgencias para valorar el estado de la función renal. Ante los resultados analíticos y la sospecha de síndrome nefrótico contactan con Nefrología de guardia que aconseja iniciar tratamiento con diurético y citar en consultas externas de Nefrología para completar estudio.

Bibliografía

1. Brady HR, Brenner BM. Patogenia de la lesión glomerular. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015. p. 1839-47.
2. Brady HR, O'Meara YM, Brenner BM. Principales glomerulopatías. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015. p. 1847-58.
3. Brady HR, O'Meara YM, Brenner BM. Glomerulopatías asociadas a las enfermedades multisistémicas. En: Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015. p. 1858- 1867.