

## Paciente con edemas

Pushpa Gurmukhdas Mirpuri-Mirpuri<sup>a,\*</sup>, María del Mar Álvarez-Cordovés<sup>a</sup> y María Sabrina García-Santana<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parque Marítimo. Tenerife. Islas Canarias. España.

<sup>b</sup>Residente 2.º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parque Marítimo. Tenerife. Islas Canarias. España.

\*Correo electrónico: beauflower@yahoo.com

### Cuestiones para recordar

- Los edemas se manifiestan como hinchazón de los tejidos blandos debido a la acumulación de líquido en el compartimento intersticial.
- La distribución de los edemas, su forma de inicio y el ritmo horario son importantes para orientarnos sobre su causa.
- La insuficiencia venosa crónica es causa frecuente de edemas en consulta en atención primaria, sin embargo, el síndrome nefrótico se ve en raras ocasiones.
- La historia clínica, la exploración física y el correcto diagnóstico diferencial son fundamentales para el adecuado enfoque del paciente para su derivación y estudio.
- El tratamiento depende de la causa subyacente.
- La glomerulonefritis mesangial inmunoglobulina A es la glomerulonefritis primaria más frecuente, y es causa de síndrome nefrótico.
- La glomerulonefritis mesangial inmunoglobulina A es una enfermedad con diferentes formas de presentación y evolución: esto conlleva que el tratamiento deba ser individualizado.

**Palabras clave:** Edema • Síndrome nefrótico • Insuficiencia venosa.

Presentamos el caso clínico de un varón de 19 años que acude por cuadro de 2 días de evolución de edemas matutinos palpebrales y de tobillos. No refiere cuadro de infecciones, consumo de fármacos ni traumatismos previos. No presenta fiebre, disnea ni clínica de molestias urinarias. Fumador moderado de tabaco y cannabis y bebedor de fin de semana. Entre sus antecedentes familiares destaca padre hepatópata y madre con anemia ferropénica.

En la exploración física, el paciente estaba consciente, orientado y colaborador. Tensión arterial: 137/89 mm/Hg. Frecuencia cardíaca: 80 lat/min. Saturación de oxígeno: 99%. Aumento de peso de 3,5 kilogramos según su último registro en historia clínica de hace 5 meses. Eupneico, toleraba el decúbito, no palidez cutáneo-mucosa. Palpación tiroidea normal. No ingurgitación yugular. Edemas palpebrales bilaterales. Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado sin ruidos añadidos. Abdomen doloroso a la palpación profunda en región suprapúbica; Bloomberg negativo; ruidos intestinales presentes; no se palpan masas ni megalias; no ascitis. Las extremidades inferiores con buena

coloración de piel, sin lesiones cutáneas aparentes, pulsos presentes y edemas distales con fovea.

Tras la anamnesis y la exploración, se realizan las siguientes pruebas complementarias en consulta:

- *Electrocardiograma*: ritmo sinusal a 80 latidos por minuto, eje a 40°, no trastornos de la repolarización ventricular.
- *Test de orina con tira reactiva*: hematuria microscópica de > 2-3 hematíes por campo, proteinuria > 500 mg/dL.

Ante la sospecha de patología renal por la clínica y proteinuria se derivó al paciente al hospital de referencia para ingreso y estudio.

En la analítica que se llevó a cabo en el momento del ingreso le realizaron hemograma, perfil lipídico, hepático, iones, hormonas tiroideas, proteínas totales, proteinograma, sedimento urinario, perfil inmunológico (proteína C reactiva, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos, anticuerpo antifosfolípido y complemento) y serología (virus de la inmunodeficiencia

humana, virus de la hepatitis B y C y toxoplasma). Destacó en dichos resultados: colesterol total 291 mg/dL, creatinina 1,8 mg/dL, albúmina 1,73 g/dL, proteínas totales 3,5 mg/dL, proteinuria 22,80 g/L, hematíes en orina positivo.

Se le realizan las siguientes pruebas durante el ingreso:

- *Ecografía de abdomen completo (en el ingreso)* (fig. 1): hígado y bazo de tamaño y morfología normales, homogéneos. Vesícula biliar no habitada, con leve edema mural, secundario a ascitis. No dilatación de vías biliares. Páncreas homogéneo, de ecoestructura conservada. No se observan adenopatías retroperitoneales. Riñones de aproximadamente 12,5 cm, morfológicamente normales, con pirámides marcadas, sin signos obstructivos. Vejiga sin lesiones mucosas. Moderada cantidad de líquido libre de predominio intrapélvico y, en menor medida, subhepático.

- *Ecografía abdominal con doppler renal (a la semana de ingreso)* (fig. 2): no se aprecian signos de trombosis de la vena renal bilateralmente. Discreto líquido libre intraabdominal de predominio en pelvis y mínimo libre subhepático, periesplénico y perirrenal izquierdo. Hígado aumentado de tamaño, de ecogenicidad y morfología normales sin lesiones ocupantes de espacio.

- *Biopsia renal*: cilindro de parénquima corticomedular renal en el que se identifican 22 glomérulos por sección, ninguno de ellos esclerosado. Prácticamente todos los glomérulos muestran, aunque de forma segmentaria, discreto incremento de celularidad mesangial. No se identifica proliferación extracapilar, endocapilar ni lesiones de glomerulosclerosis focal y segmentaria. El intersticio no se encuentra expandido, y las estructuras vasculares no muestran alteraciones significativas. En el ámbito tubular, la única alteración identificable es la presencia de signos de reabsorción proteica. En el estudio de inmunofluorescencia directa

se observan discretos depósitos de inmunoglobulina A (IgA) (1+) y C3 (1+) de distribución mesangial y, en el caso del C3 también en paredes vasculares. Diagnóstico anatomopatológico: hallazgos morfológicos compatibles con nefropatía mesangial IgA. No se identifica afectación tubulointersticial.

## Evolución hospitalaria

Durante su ingreso, el paciente presentó deterioro de su función renal en el contexto de uso de diurético y en probable relación con nefropatía IgA acompañado de síndrome nefrótico, por lo que le pautan bolos de metilprednisolona, con mejoría de la función renal de forma progresiva. Ajustan el uso de diuréticos con disminución progresiva de edemas.

Fue dado de alta con los siguientes diagnósticos: glomerulonefritis mesangial IgA y síndrome nefrótico con deterioro de la función renal.

## Tratamiento al alta

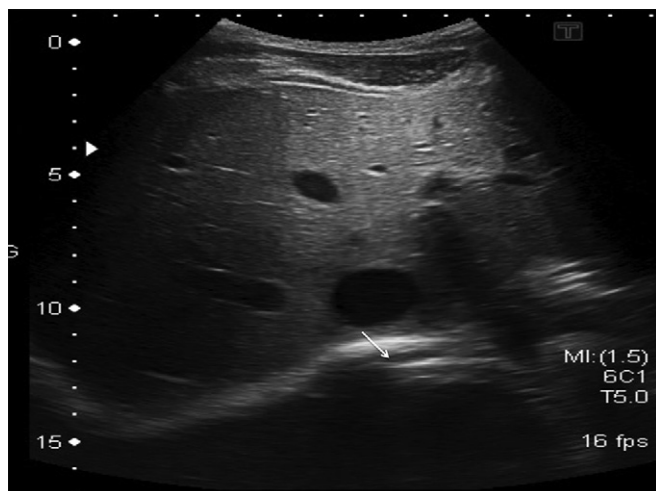
### Medidas higiénico-dietéticas

Dieta sin sal, control de la ingesta de líquidos y evitar ejercicio intenso.

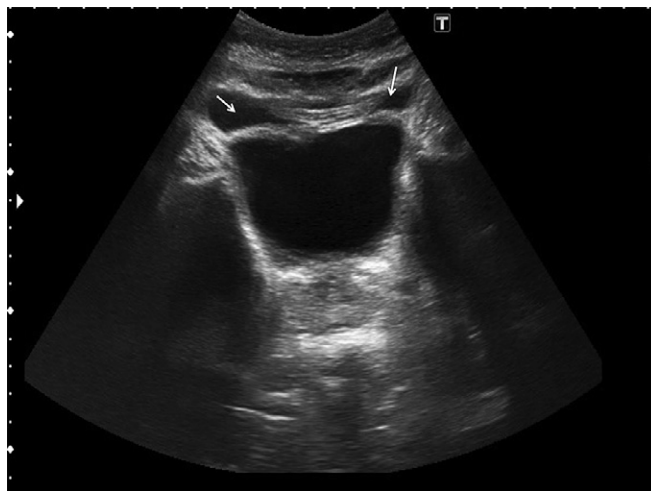
### Medidas farmacológicas

Prednisona 30 mg/24 h, pantoprazol 40 mg/24 h, simvastatina 20 mg/24 h, calcio carbonato 1.250 mg (500 mg de calcio)-colecalfiferol 400 UI/24 h, enoxaparina 20 mg una ampolla subcutánea al día y furosemida 40 mg/24 h.

Actualmente, el paciente se encuentra estable en seguimiento por nefrología y atención primaria con el siguiente tratamiento: calcio carbonato 1.250 mg (500 mg de calcio)-colecalfiferol 400 UI/24 h, prednisona 30 mg/24 h, pantoprazol 40 mg/24 h.



**Figura 1.** Ecografía abdominal completa en el ingreso. La flecha indica líquido libre subhepático.



**Figura 2.** Ecografía abdominal con doppler renal (a la semana del ingreso). Las flechas indican líquido libre intrapélvico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470573>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470573>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)