

Supuesto práctico 3

Paciente de 58 años que acude a urgencias presentando la siguiente sintomatología: edema facial y hematuria macroscópica acompañado en general de oliguria, la exploración física revela además hipertensión arterial. ¿De qué enfermedad estamos hablando? ¿Cuál es su diagnóstico y tratamiento?

Casi todas las GNA posestreptocócicas provienen de una infección faringo-amigdalal o cutánea. El germen responsable es el estreptococo del grupo A de Lancefield o streptococcus pyogenes.

Las infecciones faringoamigdalares previas a la GNA ocurren con mayor frecuencia en invierno y primavera mientras que las GNA asociadas a infección cutánea son más frecuentes en verano y prevalecen en regiones tropicales y subtropicales.

Patogenia.

La GNA representa una enfermedad renal por depósito de inmunocomplejos circulantes relacionados con una infección previa por streptococos.

Clínica y laboratorio.

La forma más común del comienzo de la GNA consiste en la aparición de: edema facial y hematuria macroscópica acompañado en general de oliguria, la exploración física revela además hipertensión arterial en la mitad de los casos.

- La *hematuria macroscópica* es frecuente y su duración, imprevisible. La orina puede ser rojiza, pero con mayor frecuencia el color es muy oscuro debido a la liberación de hemoglobina y a su transformación en hematina con la acidez urinaria habitual.

- El *edema* es uno de los síntomas más constantes, aunque su intensidad es muy variable de un paciente a otro, y tiende a aparecer donde la presión hística es más baja, como el tejido periorbital. El edema facial es más acusado por la mañana mientras que a lo largo del día los edemas tienden a acumularse en las extremidades inferiores. El edema es una consecuencia de una reducción de sodio en el riñón, y si es muy intensa puede aparecer ascitis, edema generalizado y derrame pleural.

- Alrededor de la mitad de los casos que requieren hospitalización aparecen signos de insuficiencia cardíaca, disnea, estertores, edema pulmonar, cardiomegalia, distensión yugular, hepatomegalia, etc.

- La proteinuria es prácticamente constante (< 3 g/día).

- Sedimento urinario: muestra abundantes hematíes, así como cilindros hemáticos. El hallazgo de cilindros hemáticos es muy característico y confirma el renal de la hematuria.

Diagnóstico.

Cuando se dispone de biopsia renal, puede efectuarse un diagnóstico de presunción si se reúnen las siguientes *condiciones*:

- Ausencia de enfermedad renal previa.

- Cuadro clínico de síndrome nefrítico agudo, caracterizado por la aparición brusca de oliguria, hematuria, edemas, proteinuria, uremia e hipertensión arterial.

- Infección cutánea previa o faringoamigdalal.

- Ausencia razonable de otras enfermedades capaces de simular idéntico cuadro clínico.

No obstante el diagnóstico de una GNA posestreptocócica solo puede establecerse cuando se disponga de una biopsia renal demostrativa de glomerulonefritis.

Evolución y tratamiento.

En la mayoría de los casos la evolución inmediata es favorable, la diuresis aumenta al cabo de pocos días y con ello desaparecen, la hipertensión arterial e insuficiencia cardíaca. Pronto se comprueba un aumento del filtrado glomerular y una normalización de la creatinina en plasma.

La mejoría clínica y biológica es evidente hacia el final de la tercera semana pero la proteinuria y alteraciones del seguimiento pueden persistir durante meses e incluso más de un año.

El tratamiento de la GNA es sintomático, los enfermos deben guardar cama durante la fase aguda de la enfermedad pero no en la fase de convalecencia.

En la mayoría de pacientes está indicada la restricción de Na y líquidos en la dieta para evitar edemas e insuficiencias cardíacas. En tales casos es recomendable el empleo de diuréticos como furosemida.

1. GNA no estreptocócica.

Pueden estar causadas por infecciones bacterianas no estreptocócicas e incluso por infecciones no bacterianas.

A continuación se relacionan la mayoría de los *procesos infecciosos* capaces de originar una GNA no estreptocócica.

- Bacterianas:

- Endocarditis infecciosa.
- Infección de la derivación auriculoventricular.
- Sepsis viscerales.
- Varios (neumonía, neumocosis, estafilococia, meningitis meningocócica).

- Víricas:

- Mononucleosis infecciosa, hepatitis B, varicela, parotiditis, sarampión, rubeola, citomegalovirus, herpes.

- Protozoos:

- Paludismo.
- Toxoplasmosis.
- Hongos: Histoplasmosis.