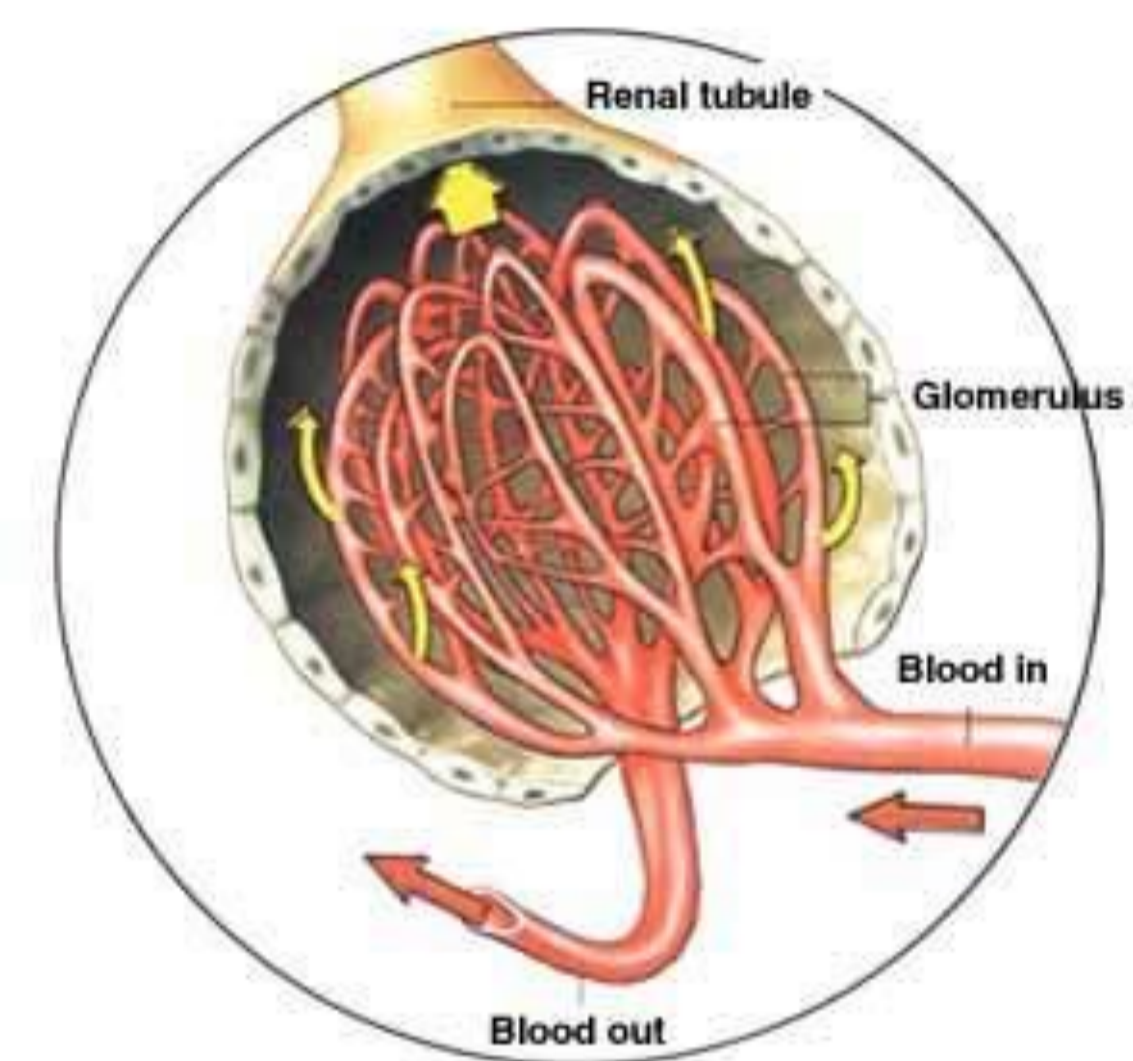


Fiebre, diarrea y vómitos: ¿El clásico de atención primaria?

Autores: Vanessa Marques Barbosa ¹, Gaisha Danabayeva ¹, Elena De Dios Rodríguez ¹, Juan Ignacio Berrocoso Sánchez ², Patricia Martínez Pérez ², Cristina Rojo Villaescusa ³
¹Centro de Salud Miguel Armijo, ²Centro de Salud La Alamedilla, ³Centro de Salud Arroyo de la Media Legua(Madrid)

UNIDAD DOCENTE MULTIDISCIPLINAR ATENCIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA SALAMANCA



INTRODUCCIÓN:

Cerca del 85% de los casos de nefropatía membranosa son de causa desconocida, mientras que los restantes son secundarios a procesos autoinmunes, infecciones o neoplasias que producen daño renal.

Es la segunda causa más común de Síndrome Nefrótico en adultos manifestándose de varias formas a tener en cuenta.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Varón de 56 años, ex-fumador desde hace 40 años, un hermano con artritis. Acude a consulta por fiebre de 10 días de evolución, vómitos y diarrea sin moco o melenas que no cede con antibiótico. Cuenta aumento de diuresis sin clínica miccional e hinchazón de tobillos.

Exploración: T^a: 37,5°C, abdomen blando no doloroso sin organomegalias ni signos de irritación peritoneal. No signos de insuficiencia cardíaca. **Edema bimalear.**

Pruebas complementarias:

Analítica: Urea 287mg/dl. Albumina 2,4g/dl. PCR 8. Procalcitonina 0,67, VSG 600mm. Ac. anti mb basal glomerular: -, **ANA+**, **Anti-DNA+**

S. Orina: **proteínas 500mg/dl**, hematias 23U/L, cilindros 17/uL.

Proteinuria 24h: 4500g.

Biopsia renal e Inmunofluorescencia DIAGNÓSTICA: Depósitos granulares de IgG y C3 compatible con Nefropatía membranosa I.

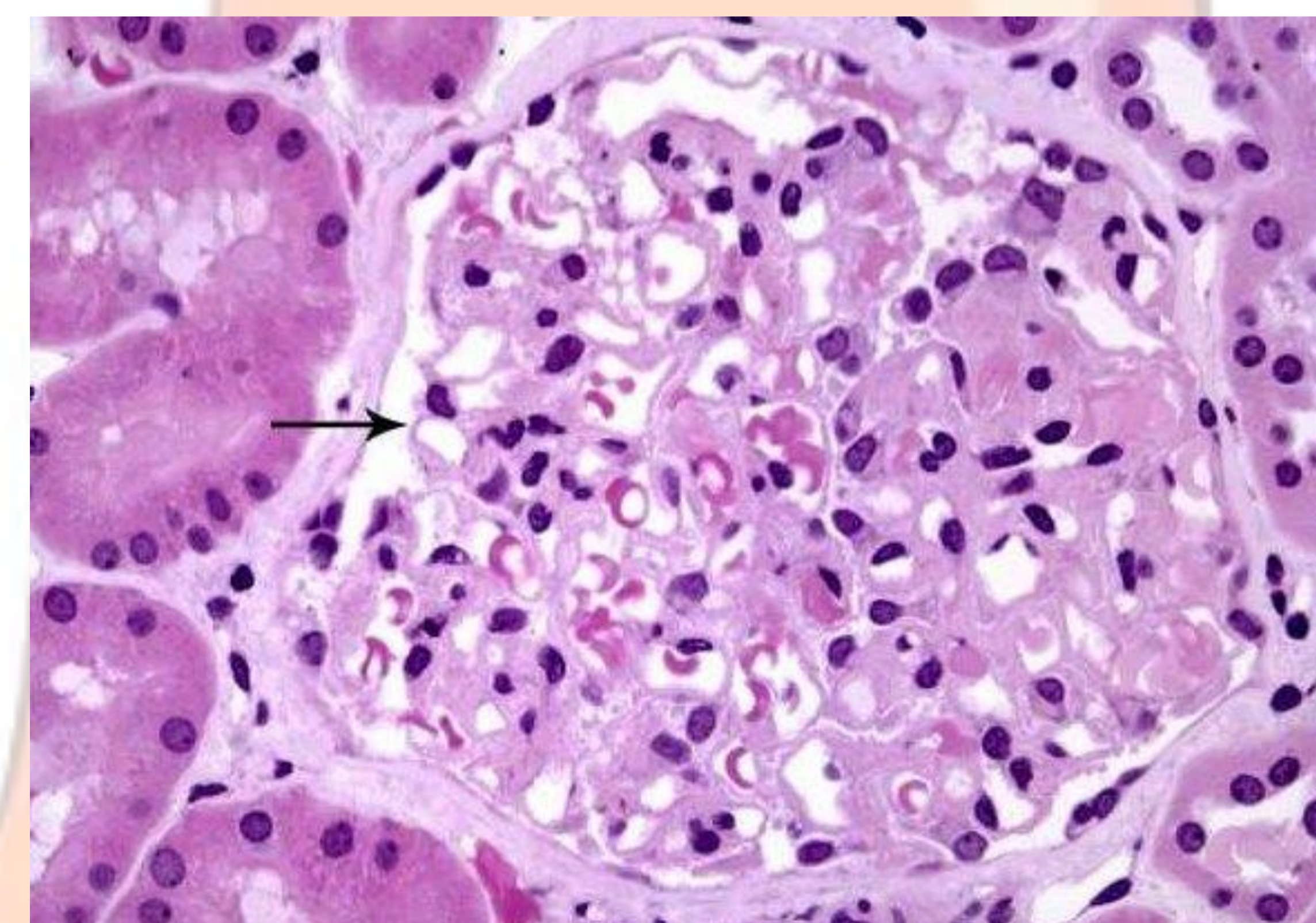
Diagnóstico Diferencial: Insuficiencia cardíaca, DMII, glomerulopatías.

Tratamiento: Prednisona 60mg/día.

Evolución: Consulta en Nefrología.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Ante un Síndrome febril de 10 días de evolución que se acompaña de vómitos y diarrea y no mejora con antibioterapia, hay que pensar en otras patologías más allá de la probabilidad infecciosa. El resultado de las pruebas complementarias realizadas en atención primaria nos obliga a descartar daño renal tras la aparición de proteinuria en rango nefrótico, confirmándose a posteriori dicha sospecha por biopsia renal en la consulta de nefrología. La presencia de ANA+, anti-DNA+, fiebre persistente y marcadores de inflamación positivos, nos orienta a una probable causa secundaria de la patología, sospechándose LES como probable causa a estudio. Se inicia desde nefrología tratamiento inmunosupresor.



BIBLIOGRAFIA:

-Austin HA 3rd, Antonovych TT, MacKay K, et al. NIH conference. Membranous nephropathy. *Ann Intern Med* 1992; 116:672.

-PETERSDORF RG, BEESON PB. Fever of unexplained origin: report on 100 cases. *Medicine (Baltimore)* 1961; 40:1.

-Barile-Fabris L, Hernández-Cabrera MF, Barragan-Garfias JA. Vasculitis in systemic lupus erythematosus. *Curr Rheumatol Rep* 2014; 16:440.

-Método empleado: Recursos electrónicos: base de datos SACYL.

PALABRAS-CLAVE: Síndrome nefrótico, proteinuria, glomerulopatía, membranosa, renal;