



Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nacional de Rosario - Argentina



FCM Facultad de Ciencias
Médicas · UNR

Carrera: Medicina

Tercer Ciclo: Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación

Área: Clínica Médica 5to año



UNIDAD TEMÁTICA 33: ENFERMEDADES GLOMERULARES. SÍNDROME NEFRÍTICO Y NEFRÓTICO. ANEMIAS 3° PARTE (HEMOLÍTICAS). FIEBRE EN PACIENTE CON LUPUS.

Autores: Victoria Belfer¹, Sofía Percara², Macarena Óses²

¹Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

²Ayudante de Cátedra Clínica Médica- UDA Hospital Centenario.

OBJETIVOS:

- Identificar el espectro de las enfermedades glomerulares renales.
- Reconocer los síndromes clínicos nefrítico/nefrótico, sus diferencias fisiopatológicas y su expresión clínica. Enumerar las diferentes etiologías de estos síndromes con su metodología diagnóstica y terapéutica.
- Comprender las manifestaciones renales del lupus eritematoso sistémico y su clasificación histopatológica.
- Enfoque del paciente con LES y fiebre. Diagnósticos diferenciales, principales causas, diferenciación entre actividad e infecciones. Biomarcadores.
- Identificar y analizar una anemia hemolítica. Cuadro clínico. Clasificación (congénitas/adquiridas; inmunes/no inmunes). Metodología diagnóstica. Opciones terapéuticas generales.
- Desarrollar un enfoque diagnóstico integral frente a hematuria glomerular y falla renal aguda. Integrar datos clínicos, de laboratorio e inmunológicos para la toma de decisiones. Plantear la conducta terapéutica inicial en la guardia y la conducta específica a continuación.

CASO CLÍNICO:

Recordatorio: Milagros, de 22 años, recibió previamente diagnóstico de lupus eritematoso sistémico (LES), con compromiso en dominios constitucional (astenia, decaimiento, febrícula), articular (poliartritis simétrica de predominio en pequeñas articulaciones de manos y muñecas, acompañada de rigidez matinal), seroso (pericarditis), cutáneo (alopecia, fotosensibilidad, fenómeno de Raynaud), hematológico (leucopenia, linfopenia), inmunológico (FAN positivo, complemento disminuido, y luego de la última consulta se recibió resultados de Ac Anti ADN, Ac. Anti SM, Ac, Anti Ro positivos). Fue medicada con hidroxicloroquina 200 mg cada 12 horas, prednisona 7,5 mg/día, y por unos meses con AINEs y colchicina hasta constatar la resolución de la pericarditis. Con buena respuesta clínica.

CONSULTA ACTUAL

Milagros consulta a la guardia del sanatorio privado, donde trabaja Hernán, su médico clínico, por cuadro de 7 días de evolución caracterizado por registros febriles, sensación de rigidez articular y edema en ambas manos, y de 72 horas refiere orina oscura por lo cual decidió acudir. Niega disuria, polaquiuria y tenesmo vesical. Niega síntomas respiratorios y gastrointestinales. Refiere que 20 días previos, abandono el tratamiento indicado, principalmente porque notaba que le estaban apareciendo estrías y tenía la “cara hinchada”.

Examen Físico:

- **Regular estado general, impresiona enferma.**
- Signos vitales: **PA:150/100 mmHg, FC:105 l/m, FR: 22 c/m, T: 38°C, Sat: 98% (FIO₂ 0.21)**
- Piel y faneras: Mucosas semihúmedas, conjuntivas rosadas, **escleras levemente ictéricas. Palidez mucocutánea generalizada. Estrías rojo vinosas en abdomen. Leve acumulación de grasa interescapular (giba) y supraclavicular.** No presenta edema sacro.
- Cabeza y cuello: **Facie de “luna llena”. Edema palpebral bilateral blando.** Puntos sinusales indoloros, trago negativo. Ingurgitación yugular 2/6 con colapso inspiratorio. Orofaringe rosada, sin exudados.
- Ap. Cardiovascular: Ritmo cardíaco regular, R1-R2 normofonéticos, se ausculta soplo sistólico grado II, sin R3 ni R4. Pulsos periféricos conservados. Sin frote pericárdico.
- Ap. Respiratorio: Buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados. Buena mecánica respiratoria.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible e indoloro sin defensa ni descompresión, RHA+, **leve esplenomegalia.**
- Ap. Genitourinario: Puño percusión negativa bilateral.
- Miembros: **Sinovitis en articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos. Edema periférico blando con Godet (+) en ambos miembros inferiores, de predominio maleolar.**
- Neurológico: Vigil, orientada en tiempo espacio y persona. Sin focalidad neurológica ni signos meníngeos.

PREGUNTAS GUÍAS

- ✓ *Elabore una lista de problemas a partir del cuadro clínico.*
- ✓ *Identifique los hallazgos del examen físico e intente realizar la interpretación más probable de los mismos.*
- ✓ *¿Qué diagnósticos sindrómicos puede plantear con los datos iniciales?*
- ✓ *¿Qué orienta a un compromiso renal de origen glomerular?*
- ✓ *¿Qué estudios solicitaría inicialmente en la guardia?*

• LABORATORIO:

Hemoglobina	9 g/dl	TGP	32 UI/l
Hematocrito	26.8%	Bilirrubina total (D/l)	4,8 mg/dL (0.6 mg/dl 3.2mg/dl)
Glóbulos Rojos	3.250.000/mm ³	Proteínas totales y albúmina (g/dl)	7.4/3.5 g/dl
VCM	90 fL	Colesterol total, LDL, HDL, TCG (mg/dl)	180/100/49/98 mg/dl
HCM	32.3 pg	Na+ K+ Cl-	136 mEq/L 4,3 mEq/L 102 mEq/L
Rec. plaquetas	180.000/mm ³	LDH	900 UI/L
Reticulocitos (corregidos)	3,5%	Haptoglobina	< 10 mg/dL
VES	85 mm	Coombs directo	positivo
PCR	4 mg/l	ANA	Reactivo 1/640
Glicemia	110 mg/dl	Anti-DNA	120 UI/mL
Uremia	90 mg/dl	C3	48 mg/dL
Creatininemia	2.3 mg/dl	C4	6 mg/dL
TGO	58 UI/l	Relación proteínas/creatinina urinaria	1500 mg/g

• ORINA COMPLETA

EXAMEN FÍSICO QUÍMICO	
Color: AMARILLO	Aspecto: TURBIO
Densidad: 1.02	pH: 5
Proteínas: +++ g/l	Glucosa: NEGATIVO
C. cetónicos: NEGATIVO	Pig. biliares: NEGATIVO
Urobilinógeno: NORMAL	Hemoglobina: ++++
EXAMEN MICROSCÓPICO DEL SEDIMENTO	
Leucocitos: -	Cel. epiteliales: +++
Piocytes: -	Hematíes: +++
Mucus: -	Cristales: URATOS AMORFOS +++
Cilindros: 1-3 CILINDROS HEMÁTICOS POR CAMPO	

- **ECOGRAFÍA RENAL:**

Hígado de tamaño normal. Parénquima hepático homogéneo, de ecogenicidad habitual. Distribución vascular intrahepática conservada. No se observan signos de dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Vesícula biliar: Forma y tamaño conservado. Paredes regulares de espesor habitual. Contenido líquido homogéneo. Alitiásica. Colédoco: Calibre conservado. Páncreas de tamaño normal, bordes definidos, estructura ecogénica homogénea. Bazo: forma y ecoestructura conservada con **aumento global de tamaño**, con **diámetro longitudinal de 14 cm**, compatible con **esplenomegalia leve**. Riñón derecho en su localización habitual. Forma y tamaño conservado, sin alteraciones morfológicas de significación ecográfica. Riñón izquierdo en su localización habitual. Forma y tamaño conservado, sin alteraciones morfológicas de significación ecográfica. No se visualiza líquido libre en cavidad abdominal al momento del examen.

RADIOGRAFÍA DE TÓRAX



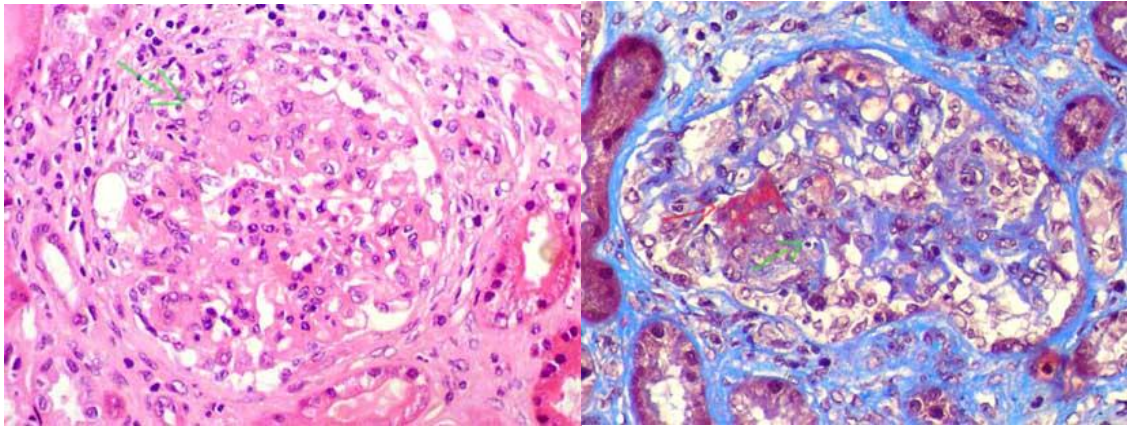
PREGUNTAS GUÍAS

- ✓ *Identifique y analice los hallazgos patológicos de los exámenes complementarios*
- ✓ *¿Qué tipo de síndrome renal presenta la paciente?*
- ✓ *Diferencie síndrome nefrítico y síndrome nefrótico.*
- ✓ *Revise las causas de las enfermedades glomerulares y la metodología diagnóstica inicial recomendada.*
- ✓ *Investigue cuando se considera la presencia de una glomerulonefritis rápidamente progresiva, por qué se considera una urgencia y la importancia de un diagnóstico y tratamiento temprano.*
- ✓ *Revise todo el espectro del compromiso renal en pacientes con LES. Clasificación y su utilidad clínica para la toma de decisiones.*
- ✓ *Revise el enfoque de la presencia de fiebre en el paciente lúpico. Principal diagnóstico diferencial, distinguir entre infecciones o actividad autoinmune. ¿Qué elementos clínicos y de los exámenes complementarios colaboran con la búsqueda de la causa? Revise rol de biomarcadores como VES, PCR, proteinograma por electroforesis y procalcitonina.*
- ✓ *¿Qué datos sugieren actividad lúpica?*
- ✓ *Interprete la anemia: cómo la clasificaría fisiopatológicamente entre regenerativa o arregenerativa. ¿Cómo interpreta el valor de reculocitos, cuál es su significado, que son los reticulocitos corregidos y el índice de producción reticulocitaria? Investigue cómo se calcula y su interpretación clínica*
- ✓ *¿Cómo se diagnostica una anemia hemolítica? ¿Qué parámetros presentes en Milagros permiten sospechar hemólisis? Revise causas y clasificación de anemias hemolíticas.*
- ✓ *¿Qué relación tiene la anemia hemolítica con el LES?*
- ✓ *¿Qué otras causas de anemia deberían descartarse?*
- ✓ *¿Cómo continuaría el estudio de esta paciente?*

CONTINUACIÓN

Se solicitan:

- Hematíes dismórficos: presentes >35%
- Frotis de sangre periférica: presencia de esferocitos, policromasia y reticulocitosis.
- Proteinuria de 24 hs: 1400 mg/24hs
- Estudio inmunohematológico: Positivo, con hallazgo de autoanticuerpo IgG. Compatible con AHAI por anticuerpos calientes
- Biopsia renal: **≥50 %** de los glomérulos examinados presentan **lesiones proliferativas endocapilares**, compatibles con **glomerulonefritis difusa**. Conclusión diagnóstica: **Nefritis lúpica clase IV**.



* Imágenes obtenidas de Internet

PREGUNTAS GUÍA (manejo transdisciplinario Clínica/Hematología/Reumatología-Especialista en enfermedades autoinmuns)

Enfoque terapéutico general

- ✓ ¿Qué elementos del caso determinan la gravedad y la necesidad de tratamiento inmunosupresor intensivo?
- ✓ ¿Cuáles son los objetivos del tratamiento en esta etapa (renal, hematológico y sistémico)?

Manejo de la proteinuria y la función renal

- ✓ ¿Cuál es el rol de los IECA o ARA II en esta paciente?
- ✓ ¿Qué metas de reducción de proteinuria se esperan a corto y mediano plazo?
- ✓ ¿Cómo se evalúa la respuesta al tratamiento en la nefritis lúpica?

Tratamiento de la anemia hemolítica autoinmune

- ✓ ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de la anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos calientes?
- ✓ ¿Cuándo consideraría transfusión de glóbulos rojos y qué precauciones debe tener?
- ✓ ¿Qué rol tienen otros tratamientos (rituximab, inmunoglobulina endovenosa) si no hay respuesta?

Tratamientos concomitantes y medidas generales

- ✓ ¿Por qué la hidroxicloroquina debe indicarse en todos los pacientes con LES, incluso con compromiso renal?
- ✓ ¿Qué medidas de profilaxis infecciosa deben considerarse durante el tratamiento inmunosupresor?