



**Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana**



Título del trabajo:

Resumen sobre SÍNDROME NEFRÓTICO Y NEFRÍTICO

Unidad IV

Nombre de la asignatura: Clínicas médicas complementarias

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 04 de Enero de 2021.

Síndrome nefrótico

Se compone de: proteinuria de más de 3,5 g/día, hipoproteinemia (albúmina sérica < 3g/dl), hipovolemia, edemas que van desde edemas maleolares o palpebrales a anasarca, hipogammaglobulinemia con aumento de infecciones, hipercoagulabilidad con eventos venosos y arteriales en el riñón, hiperlipidemia.

Etiología

Se debe a: alteración en la barrera de permeabilidad glomerular: lesión de la membrana basal, depósitos subendoteliales o subepiteliales, fusión pedicular de los podocitos. Si la lesión es leve, la proteinuria es selectiva: en los cambios mínimos se pierde albúmina casi exclusivamente (la albúmina es la proteína más pequeña).

Cuadro clínico

La manifestación principal la constituye el edema. Inicialmente, éste se presenta sólo en zonas declive como en las extremidades inferiores y se extiende de manera ascendente hasta el área genital, la pared abdominal e incluso periorbitario. En casos de edema significativo se pueden observar vesículas y flictenas por cúmulo de líquido intradérmico. De igual forma, el desarrollo de ascitis produce sensación de distensión abdominal y saciedad temprana y en situaciones extremas disnea. Igualmente, puede haber derrame pleural y en casos graves edema de pulmón. Con hipoalbuminemia profunda hay compromiso del crecimiento de las uñas, lo cual se manifiesta como discretas bandas horizontales de color blanco que van de un extremo a otro de la uña (signo de Muehrcke). La dislipidemia grave del síndrome nefrótico favorece el depósito de lípidos en el área periorbitaria, lo que se denomina xantelasma.

Etiología

De los síndromes glomerulares el nefrótico tiende a ser el más frecuente y en la población adulta la nefropatía diabética es con mucho la principal causa de éste. Diferentes glomerulopatías primarias son responsables en la mayoría de los casos de síndrome nefrótico en población no diabética y su frecuencia varía de acuerdo al grupo etario. Así pues, la glomerulopatía membranosa tiende a ser más frecuente a

partir de los 60 años y es rara en la población infantil; por el contrario, es en este grupo etario donde la enfermedad de cambios mínimos se presenta con mayor frecuencia. En los últimos 20 años se ha observado un aumento en el número de casos de glomérulo esclerosis focal y segmentaria, superando incluso en frecuencia a la glomerulopatía membranosa, la cual ha seguido un comportamiento contrario. Las causas más frecuentes de síndrome nefrótico primario y secundario en adultos, junto con otras menos frecuentes.

Diagnóstico

La evaluación inicial del paciente con síndrome nefrótico incluye diferentes estudios de laboratorio cuya finalidad es establecer una causa primaria o secundaria (enfermedad sistémica, fármacos, drogas, etc.). Como se ha mencionado ya, la proteinuria es la manifestación cardinal del síndrome nefrótico y, por tanto, el primer dato a investigar ante la sospecha diagnóstica. La recolección de orina de 24 horas constituye el estándar de oro para la evaluación cuantitativa de proteinuria; desafortunadamente, con frecuencia la recolección de orina representa una molestia para el paciente y/o su cuidador y, al no ser raro encontrar especímenes mal recolectados, el médico tratante debe determinar si la muestra es adecuada o no mediante el contenido de creatinina de la muestra.

Síndrome nefrótico

Se compone de: reducción aguda o subaguda de la función renal (véase más adelante Insuficiencia renal aguda), oliguria, hematuria y proteinuria no nefrótica con cilindros hemáticos, retención de agua y sal con hipervolemia, hipertensión arterial, edemas, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón.

Etiología

Se debe a: la lesión directa o indirecta de la célula endotelial y/o epitelial (podocito) del capilar glomerular, con descenso agudo del filtrado glomerular. Puede deberse a la llegada masiva de inmunocomplejos del riñón, a la existencia de anticuerpos antimembrana basal o a una vasculitis del ovillo glomerular.

Tabla 6: Causas más frecuentes de síndrome nefrítico según la edad de presentación

Edad (años)	Etiología
<15	Glomerulonefritis aguda post-infecciosa Nefropatía IgA Enfermedad de membrana basal delgada Nefritis hereditarias Púrpura de Schönlein-Henoch Nefropatía lúpica
15-65	Nefropatía IgA Enfermedad de membrana basal delgada Nefropatía lúpica Nefritis hereditarias Nefropatía mesangial proliferativa Glomerulonefritis rápidamente progresiva Glomerulonefritis aguda post-infecciosa
>65	Vasculitis Nefropatía IgA Nefropatía membranosa Glomerulonefritis aguda post-infecciosa

Síndrome NEFRÓTICO Y NEFRÍTICO

NEFRÓTICO	NEFRÍTICO
<p>1. Se caracteriza por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Proteinuria (anomalía patológica de base) b) Hipoproteinemia c) Edema d) Hiperlipidemia 	<p>Glomerulonefritis aguda Postestreptocócica (constituye el ejemplo clásico). Caracterizado por la instauración repentina de hematuria macroscópica, edema, hipertensión e insuficiencia renal.</p>
CLINICA	CLINICA
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edema (Es lo más característico) Generalizado (Palpebral por las mañanas y se distribuye en el transcurso del día) La proteinuria masiva es condición indispensable para el diagnóstico Aumento de peso de más del 10 % Ascitis, derrame pleural, edema genital ✓ Oliguria Gasto urinario < 2 ml/kg/h Disminución del flujo plasmático renal Disminución de la presión oncótica Reabsorción de Na y Agua ✓ Hematuria •Microscópica 22.7 % ✓ HTA ✓ Diarrea, hepatomegalia dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hematuria microscópica asintomática con función renal normal, hasta hematuria macroscópica con insuficiencia renal aguda. ✓ Malestar general, aletargamiento o dolor abdominal o en fosa lumbar. ✓ Edema ✓ Hipertensión ✓ Oliguria ✓ Encefalopatía ✓ Insuficiencia cardíaca secundaria ✓ Dificultad respiratoria, ortopnea y tos

DIAGNOSTICO

Estas son algunas de las pruebas y los procedimientos que se usan para diagnosticar el síndrome nefrótico:

Análisis de orina. Un análisis de orina puede revelar anomalías en la orina, como grandes cantidades de proteínas. Se te puede pedir que recojas muestras de orina durante 24 horas.

Análisis de sangre. Un análisis de sangre puede mostrar niveles bajos de la proteína albúmina y a menudo niveles disminuidos de la proteína sanguínea en general. Por lo general, la pérdida de albúmina se asocia con un aumento del colesterol en sangre y de triglicéridos en sangre. También se pueden medir los niveles de nitrógeno de creatinina y urea en la sangre para evaluar la función renal en general.

Biopsia de riñón. El médico podría recomendar la extracción de una pequeña muestra de tejido renal para análisis. Durante una biopsia de riñón, se inserta una aguja a través de la piel y en el riñón. Se extrae una muestra de tejido renal y se envía a un laboratorio para que la analicen.

Tratamiento

El tratamiento del síndrome nefrótico comprende tratar cualquier afección médica que pueda causarlo. El médico también puede recomendarte medicamentos y cambios en tu alimentación que te ayuden a controlar los signos y síntomas, o tratar complicaciones del síndrome nefrótico.

Medicamentos para la presión arterial. Los medicamentos denominados inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina reducen la presión arterial y también la cantidad de proteína liberada en la orina. Los medicamentos de esta categoría incluyen el lisinopril (Prinvil, Qbrelis, Zestril), benazepril (Lotensin), captopril y enalapril (Vasotec).

Otro grupo de medicamentos que funciona de forma similar se denomina antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA) y comprende losartán (Cozaar) y valsartán (Diovan). También pueden utilizarse otros medicamentos, como los inhibidores de la renina, aunque por lo general se utilizan primero los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y ARA.

Diuréticos Ayudan a controlar la hinchazón ya que aumentan la salida de líquidos de los riñones. Los medicamentos diuréticos comprenden la furosemida (Lasix). Otros incluyen la espironolactona (Aldactone, Carospir) y las tiazidas, como la hidroclorotiazida o la metolazona (Zaroxolyn).

Medicamentos para reducir el colesterol. Las estatinas ayudan a reducir los niveles de colesterol. Sin embargo, no está claro si los medicamentos para reducir el colesterol pueden mejorar los resultados de las personas con síndrome nefrótico, como evitar los ataques cardíacos o disminuir el riesgo de muerte prematura.

Las estatinas incluyen atorvastatina (Lipitor), fluvastatina (Lescol XL), lovastatina (Altoprev), pravastatina (Pravachol), rosuvastatina (Crestor, Ezallor) y simvastatina (Zocor).

Anticoagulantes. Estos se pueden recetar para disminuir la capacidad de coagulación de la sangre, especialmente si has tenido un coágulo sanguíneo. Entre los anticoagulantes figuran la heparina, la warfarina (Coumadin, Jantoven), el dabigatrán (Pradaxa), el apixabán (Eliquis) y el rivaroxabán (Xarelto).

Medicamentos supresores del sistema inmunitario. Los medicamentos para controlar el sistema inmunitario, como los corticosteroides, pueden disminuir la inflamación que acompaña a algunas de las afecciones que pueden causar el síndrome nefrótico. Los medicamentos incluyen rituximab (Rituxan), ciclosporina y ciclofosfamida.

Bibliografía

Sergio O HernándezOrdóñez. (Septiembre-Diciembre 20). Síndrome nefrótico. Medigraphic, vol.3, 91.