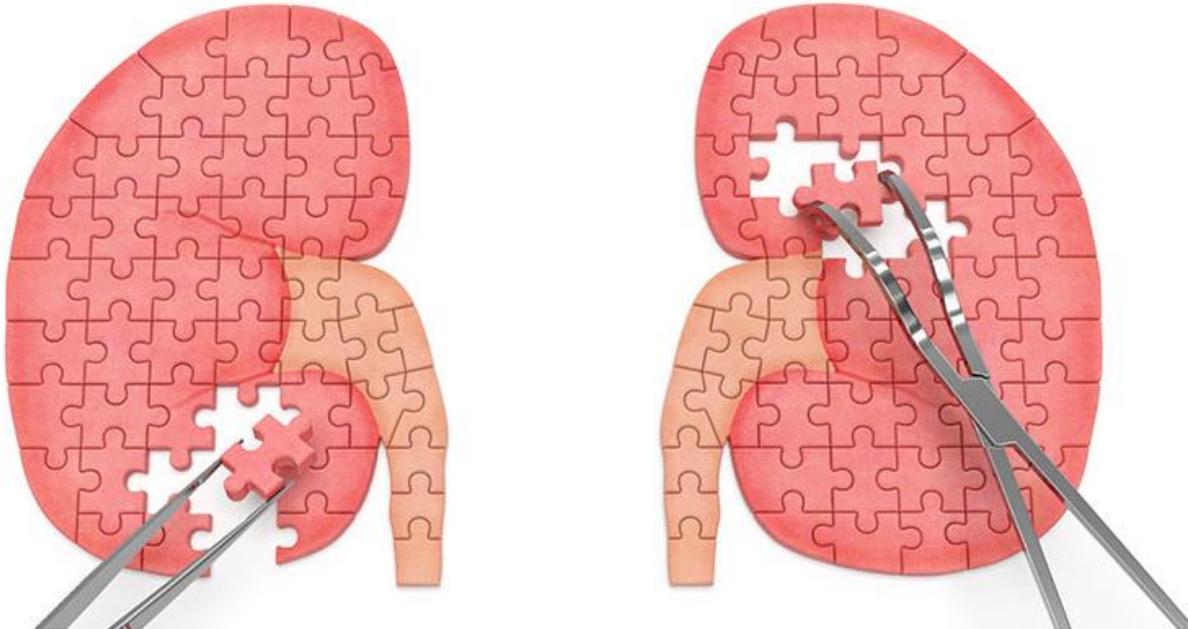


SINDROME NEFRITICO

MEDICINA
COMPLEMENTARIA

Lluvia maria perfecta perez garcia

SINDROME NEFRITICO



El síndrome nefrítico se caracteriza por edemas , oliguria, proteinuria en grado variable en general no nefrótica , hematuria con cilindros hemáticos y / o hematíes dismórficos en el sedimento urinario , disminución del filtrado glomerular e hipertensión arterial , normalmente de instauración rápida en pocos días se ha asociado a la forma de presentación de la glomerulonefritis aguda post infecciosa sobre todo asociada a infecciones estreptocócicas.

EPIDEMIOLOGIA

La forma más frecuente de GN en pediatría es la postestreptocócica (70%). El riesgo de desarrollar glomerulonefritis luego de la infección por una cepa nefritógena de estreptococo es aproximadamente de un 15%.El período de latencia entre infección respiratoria y nefritis es de 1 a 2 semanas y en el caso de piodermatitis es de 4-6 semanas.

CLASIFICACION

Post-infecciosa: • Bacteriana: estreptococo β hemolítico grupo A, Streptococcusviridans, Streptococcuspneumoniae, Staphilococcus aureus o epidermidis, brucella, Salmonella typhioparatyphi. • Viral: hepatitis B, Epstein-Barr, citomegalovirus, sarampión, parotiditis, varicela, parvovirus. • Parasitaria: malaria, esquistosomiasis, toxoplasmosis. • Micótica: cándida albicans, coccidioidesimmitis, histoplasma capsulatum. • Enfermedades sistémicas: • Púrpura de Schönlein-Henoch • Lupus eritematoso sistémico • Poliangeítis microscópica • Granulomatosis de Wegener • Enfermedad por anticuerpo anti-membrana basal glomerular con (Síndrome de Goodpasture) o sin hemorragia pulmonar • Enfermedad del suero. • Hepatopatías crónicas • Heredo-familiares: • Síndrome de Alport

DATOS CLINICOS

Los datos clínicos son características del síndrome nefrítico:

- HEMATURIA: es el hallazgo mas frecuente en la mitad de los casos la hematuria es macroscópica los hematíes son dismórficos , sugestivos de origen glomerular y con frecuencia se observan cilindros hemáticos en el sedimento urinario, habitualmente en la GNA postestococica , la hematuria aparece una o dos semanas después de un proceso infeccioso faringoamigdalar y de dos a cuatro semanas tras una infección cutánea la presencia de hematuria coincidente en el tiempo con un proceso infeccioso , ejercicio físico , vacunación o asociada a datos de enfermedad sistémica etc, indica otra nefropatía glomerular no postestreptococica

- **HIPERTENSION ARTERIAL:** aparece habitualmente con la hematuria y es consecuencia de la retención hidro salina originada por la afectación glomerular es un tipo de hipertensión volumen dependiente , hiporreninémica y coincide con disminución de la eliminación urinaria de sodio se observa una excreción fraccional inferior al 1% la hipertensión en general es moderada pero excepcionalmente puede ser lo bastante grave como para condicionar cuadros de encefalopatía con confusión y / o cuadros convulsivos así como insuficiencia cardíaca sobre todo en adultos con enfermedades cardiovascular previa.
- **PROTEINURIA:** por lo general no es selectiva y los valores son reducidos, inferiores a 1-2 g al día la presencia de proteinuria masiva o síndrome nefrótico asociado, hace necesaria la investigación de otros tipo de afectación renal distinta de la GNA postestreptocócica.
- **OLIGURIA E INSUFICIENCIA RENAL.** Están presentes en casi todos los pacientes y no implican necesariamente mal pronóstico en ocasiones deben realizarse técnicas de depuración extrarrenal.

CAUSAS

Diferentes enfermedades renales parenquimatosas glomerulares, vasculares o intersticiales pueden acompañarse de un cuadro clínico compatible con síndrome nefrítico una historia clínica y exámenes físico bien enfocados , junto a la realización de estudios específicos bioquímicos y / o inmunológicos, permite establecer el diagnóstico diferencial entre las diferentes entidades , siendo en ocasiones no obstante , recurrir a la confirmación mediante biopsia renal, es difícil establecer a priori un diagnóstico etiológico la diversidad de enfermedades responsables del síndrome nefrítico, estudios epidemiológicos registro italiano de biopsias renales , se ha comprobado que en mas 600 pacientes el síndrome nefrítico fue debido a GNA postestreptocócica 16% nefropatía IGA 14%.

TABLA 4.1. CAUSAS DEL SÍNDROME NEFRÍTICO

Glomerulonefritis postinfecciosas

Bacteriana:

- Faringoamigdalas y/o cutánea (estreptococo β -hemolítico grupo A)
- Endocarditis (estafilococo, *Streptococcus viridans*)
- Cortocircuito ventrículo peritoneal o auricular (estafilococo, *Streptococcus viridans*, difteroides)
- Abscesos viscerales y osteomielitis (estafilococo, *Pseudomonas*, *Proteus*)
- Neumonía (neumococo, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma*)
- Meningitis (meningococo, estafilococo)
- Otras: fiebre tifoidea, lepra, brucelosis, leptospirosis, sífilis, etc.

Viral: hepatitis B, hepatitis C, VIH, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, varicela, rubéola, mononucleosis, hantavirus, parotiditis, sarampión, *Coxsackie*

Parasitaria: malaria, esquistosomiasis, toxoplasmosis, filarisis, triquinosis, tripanosomiasis

Otras:

- Hongos (*Candida albicans*, *Coccidioides immitis*)
- Rickettsias (*Coxiella*)

Glomerulonefritis primarias

Glomerulonefritis extracapilar, tipos I, II, III

Glomerulonefritis membranoproliferativa

Glomerulonefritis proliferativa mesangial no-IgA

Nefropatía mesangial IgA

TABLA 4.1. CAUSAS DEL SÍNDROME NEFRÍTICO (CoNT.)

Enfermedades sistémicas
Lupus eritematoso sistémico
Púrpura de Schönlein-Henoch
Crioglobulinemia
Vasculitis necrosante: panarteritis nudosa, síndrome de Wegener, síndrome de Churg-Strauss
Síndrome de Goodpasture
Síndrome hemolítico urémico
Púrpura trombótica trombocitopénica
Ateroembolismo renal
Microangiopatía trombótica
Otras enfermedades renales
Nefritis tubulointersticial aguda inmunoalérgica
Nefritis posradiación
Nefropatía asociada a síndrome de Guillain-Barré
Enfermedad de Charcot-Marie-Tooth
Nefropatía posquimioterapia
Tumores renales
Trombosis venosa renal
Ateroembolismo renal
Tromboembolismo renal. Infarto renal

PRUEBAS ADICIONALES DE LABORATORIO

- **RECUESTO SANGUINEO COMPLETO:** permite identificar la presencia de anemia, frecuente en la GN membranoproliferativas y marcada en el síndrome hemolítico urémico SHU u otras citopenias que se relacionan con determinadas entidades: linfógena y LES, trombopenia y SHU así como la existencia de leucocitos o linfocitos activados que orienten hacia un origen infeccioso del síndrome.
- **ESTUDIOS DEL FROTIS SANGUINEO:** se investigan la existencia de hallazgo propios de anemia hemolítica microangiopática esquistocitos o parásitos
- **BIOQUIMICA:** la determinación del nitrógeno ureico en sangre BUN o la urea y la creatinina plasmática son imprescindibles: la determinación de enzimas especialmente la lacticodehidrogenasa LDH es útil para la valoración de posibles anemias hemolíticas o lesiones isquémica secundarias a ateroembolismo renal.

- PRUEBAS ENZIMATICAS HEPATICAS: pueden ser un marcador de lesión visceral por virus hepatotropicos en fases precoces de la enfermedad en las que no se han desarrollado anticuerpos periodo en casos de alta sospecha clínica esta justificado realizar técnicas mas sensibles de detección de virus como la prueba de la reacción en cadena de la polimerasa PCR.
- PROTEINAS PLASMATICAS: debe determinarse la concentración de albumina y de inmunoglobulina los niveles plasmáticos de albumina permiten valorar la repercusión de la proteinuria mientras que los niveles de inmunoglobulinas se eleva de forma global en los casos de vasculitis y de forma especifica en determinada circunstancia IGA y GN mesagial IGA.

DIAGNOSTICO

- A. Anamnesis: se investigará sobre antecedentes de enfermedades sistémicas, infecciones respiratorias (faringitis) o cutáneas (impétigo, escabiosis impetiginizada, escarlatina).
- B. Clínica: La presentación clínica más frecuente es el síndrome nefrítico agudo (75%), cuya manifestación será de intensidad variable. El paciente se presentará con: - Hematuria microscópica (100%) o macroscópica (50%). - Edemas (80%), predominan en cara y miembros inferiores, es infrecuente la presencia de anasarca. - Hipertensión arterial (70%) volumen dependiente. Generalmente es leve o moderada causando cefalea, somnolencia, anorexia, náuseas. Algunos pacientes pueden desarrollar emergencia hipertensiva caracterizada 44 Diciembre 2019 Vol 10 Nº 1 PEDIATRÍA PRÁCTICA por encefalopatía hipertensiva (convulsiones, coma) o insuficiencia cardíaca con edema agudo de pulmón. - Oliguria en el 33-50% de los casos, es rara la anuria. La diuresis suele recuperarse en la primera semana. - La proteinuria suele ser moderada. La proteinuria masiva de rango nefrótico se presenta en alrededor de 2-4% de los pacientes. - Injuria renal aguda: en el 25-30% de los pacientes, con requerimiento de diálisis en el 5% de los casos. - Síntomas generales: anorexia, náuseas o vómitos, dolor abdominal y artralgiás. Las otras formas de presentación son: hematuria monosintomática (20%), síndrome nefrótico 3%, glomerulonefritis rápidamente progresiva (< 2%).

TRATAMIENTO

Los pacientes con formas leves, creatinina sérica normal y tensión arterial normal podrán tratarse en forma ambulatoria sólo en caso de que la familia del niño asegure el cumplimiento del tratamiento y que el paciente pueda controlarse en forma diaria, el resto de los pacientes deberán ser internados. 1. Reposo relativo: se restringirán las actividades hasta la desaparición de los signos cardinales: hematuria macroscópica, hipertensión arterial y oliguria. Alta escolar luego de 2 semanas del alta hospitalaria. 2. Dieta: - Aporte hídrico: a todos los pacientes se les restringirá el aporte hídrico. Al ingreso, cuando el volumen de orina generalmente se desconoce, es prudente suspender la ingesta durante algunas horas para obtener un balance negativo y establecer el ritmo diurético

Bibliografía

bucalo, l. m., & tejedor, j. a. (2021). manual de CTO de medicina y cirugía. En nefrología, *manual de CTO de medicina y cirugía* (págs. 1-10). mexico: cto.

douglas, e., & pooler, j. (2007). *fisiología renal de vander*. mexico: MCGRAW HILL.

martinez, a., & hernandez, a. r. (07 de 01 de 20221). *senefro*. Obtenido de síndrome nefrítico:
<https://www.senefro.org/modules/webstructure/files/cap4.pdf>

rivera, f., anaya, s., romera, a., rivera, i., & vozmediano, c. (07 de 01 de 2021). *nefrología al día*. Obtenido de nefrología al día: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-sindromes-clinicos-nefrologia-258>