

2020

“Síndrome Nefrítico y Nefrótico”

FISIOPATOLOGIA II – PARCIAL 2 - UNIVERSIDAD DEL SURESTE

OSCAR ADALBERTO ZEBADUA LÓPEZ

El síndrome nefrítico.

Es una forma de presentación de las enfermedades glomerulares y se caracteriza por la aparición de hematuria, oliguria y daño renal agudo, lo que se manifiesta en disminución abrupta de la tasa de filtrado glomerular y retención de líquido, que a su vez origina edema e hipertensión arterial.

Muchas son las probables causas de este síndrome en el adulto; sin embargo, el prototipo de este síndrome glomerular es la glomerulonefritis aguda postinfecciosa. Esta patología generalmente es secundaria a una infección por *Streptococo B hemolítico* del grupo A en piel o faringe.

En el comienzo de la fisiopatología se observa una glomerulonefritis con proliferación intracapilar con depósitos de complejos inmunes subepiteliales que característicamente forman jorobas. Tiende a resolverse de forma espontánea.

En la fase inicial se observan glomérulos con intensa proliferación mesangial y exudación. Durante esta fase, mediante microscopia electrónica, se pueden observar segmentos glomerulares con depósitos de inmunocomplejos en forma de joroba. La presentación clínica es de un síndrome nefrítico típico con hematuria glomerular, hipertensión arterial, oliguria y deterioro de la función renal. La presencia de los componentes del síndrome nefrítico, en ausencia de datos de enfermedad sistémica y en relación con una infección previa de las conocidas como posibles causantes del mismo, sugiere el diagnóstico.

La presencia de los componentes del síndrome nefrítico, en ausencia de datos de enfermedad sistémica y en relación con una infección previa de las conocidas como posibles causantes del mismo, sugiere el diagnóstico, aunque que también podemos diagnosticar con el nivel de C3 disminuido, lo cual se observa en el 90% de los pacientes.

El tratamiento es de soporte y va encaminado a prevenir las complicaciones de la retención hídrica. La restricción de agua y sal es suficiente en algunos casos, pero es frecuente que se requiera el empleo de diuréticos de asa. Generalmente, los pacientes recuperan la diuresis de 7 a 10 días de iniciado el cuadro.

Dado que este es un síndrome clínico definido por la concurrencia de proteinuria mayor de 3,5 gramos/1,73 mt² en 24 horas, albúmina sérica inferior a 3.0 gr/dL, hiperlipidemia, lipiduria y edema periférico. Su presencia es patognomónica de una entidad patológica que afecta el glomérulo y que puede ser debida a enfermedades sistémicas y a enfermedades primarias o idiopáticas, es decir, que afectan de manera única o preferencial al riñón.

La enfermedad de cambios mínimos puede presentarse en adultos en asociación con el uso de medicamento como anti inflamatorios no esteroideos, oro, litio, rifampicina, AINES, o ser una manifestación para neoplásica de enfermedad de Hodgkin entre otras lesiones tumorales.

El síndrome nefrótico.

Es un conjunto de signos, síntomas y cambios de laboratorio decurrentes de la pérdida excesiva de proteínas en la orina. Para tener el síndrome nefrótico no basta tener una proteinuria por encima de 3,5 gramos. Por lo tanto, el paciente puede presentar una proteinuria nefrótica (por encima de 3,5 gramos) sin presentar el síndrome nefrótico. El signo más típico de proteinuria es un exceso de espuma en la orina. En general, la espuma comienza a aumentar cuando la proteinuria es entre 500 mg y 1000 mg al día. Cuando el paciente tiene proteinuria en el rango nefrótico, el exceso de espuma llega a ser obvio, haciendo que el paciente no tenga mucha duda de que las características de la orina han cambiado. Espuma en exceso en la orina es un signo de proteinuria, no necesariamente del síndrome nefrótico.

Las alteraciones necesarias para caracterizar el síndrome nefrótico son:

- Edemas (hinchazón), comenzando en las piernas, pero pueden evolucionar para todo el cuerpo, dentro de un cuadro llamado anasarca.
- Bajos niveles de proteínas, principalmente de albúmina, que es la principal proteína de la sangre.
- Altos niveles de colesterol debido a la creciente producción de lipoproteínas por el hígado en respuesta a la disminución de los niveles de proteínas de la sangre.

El diagnóstico del síndrome nefrótico se realiza en dos etapas, la primera parte consiste en la identificación de una proteinuria excesiva. Pruebas de orina como EAS y orina de 24 horas son los análisis más utilizados para identificar y cuantificar la pérdida de proteína en la orina. Una vez identificada la proteinuria nefrótica.

El próximo paso es diagnosticar la causa, en los pacientes con diabetes de larga evolución la causa es obvia y raramente se hace necesaria una investigación más compleja, ya que, en pacientes previamente sanos, sin enfermedades conocidas, la elucidación del origen de la proteinuria suele dar más trabajo.

- Exámenes de sangre, como serologías para hepatitis, VIH y sífilis, e investigación de auto anticuerpos, como el ANA, ayudan a direccionar la investigación.
- En general, sin embargo, la biopsia renal acaba siendo necesaria para el diagnóstico final.

El tratamiento del síndrome nefrótico depende de la causa, por ejemplo, en pacientes con diabetes el tratamiento de la proteinuria en estos casos generalmente no tiene mucho éxito.

Consiste en inmunosupresores y esteroides, por lo que se ocupa de las afecciones subyacentes, por lo que puede consistir en el uso de medicamentos como los inhibidores de la ECA o los antagonistas receptores de angiotensina II.