



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.**

**FISIOPATOLOGIA III
CUARTA UNIDAD**

TEMA:

SX NEFROTICO Y SX NEFRITICO

ALUMNO:

ANGEL GERARDO VALDEZ CUXIM

DOCENTE:

EDUARDO ZEBADUA

CUARTO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

SINDROME NEFROTICO

DEFINICION:

El síndrome nefrótico es patognomónico de enfermedad glomerular. Es la consecuencia clínica del aumento de la permeabilidad glomerular, que se traduce en proteinuria masiva e hipoalbuminemia y que se acompaña de forma variable de edema, hiperlipemia y lipiduria. De forma arbitraria se define como proteinuria de rango nefrotico (esto es, capaz de inducir un síndrome nefrotico) la que es superior a 3,5 g/24 h por 1,73 m² en adultos o a 40 mg/h por m² en niños.

ETIOLOGIA

Cualquier enfermedad glomerular, primaria o secundaria, puede cursar con síndrome nefrotico en algún momento de su evolución.

La incidencia del síndrome nefrotico es de 2-3/100 000 habitantes. Constituye el principal síndrome por el que se realizan biopsias renales. En niños, la causa más frecuente es la nefropatía de cambios mínimos. En adultos, es una lesión glomerular secundaria: la nefropatía diabética.

CUADRO CLINICO

Los signos y síntomas del síndrome nefrótico incluyen:

- Hinchazón grave (edema), en particular alrededor de los ojos y en los tobillos y los pies
- Orina con espuma, resultado del exceso de proteínas en la orina
- Aumento de peso debido a la retención de líquidos
- Fatiga
- Pérdida del apetito

FISIOPATOLOGIA

El fenómeno fisiopatológico central del síndrome nefrotico radica en la alteración de la barrera de filtración glomerular, que condiciona la perdida de proteínas por la

orina (proteinuria) y, como consecuencia, la hipoalbuminemia y el resto de las alteraciones del síndrome nefrótico.

PROTEINURIA: La barrera de filtración glomerular, formada por células endoteliales glomerulares fenestradas, la membrana basal del glomérulo (MBG) y los pedicelos de los podocitos (células epiteliales viscerales glomerulares), representa una gran restricción al paso transcápilar de proteínas en relación con su tamaño, forma y carga eléctrica.

DIAGNOSTICO

Ante un enfermo con síndrome nefrótico reviste especial importancia fijar su causa ya que, si bien existe un tratamiento general, el tratamiento de la enfermedad de base es prioritario.

Las pruebas solicitadas deben adecuarse al contexto clínico del paciente. Así, no se ha demostrado la utilidad de la determinación indiscriminada de pruebas serológicas en todo síndrome nefrótico, salvo que exista la sospecha de un proceso sistémico subyacente. Del mismo modo, ante todo adulto con síndrome nefrótico no es necesario buscar una neoplasia con pruebas costosas y molestas, salvo que la anamnesis y la exploración física muestren algún dato sospechoso.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Signos de enfermedad sistémica
- Situación hemodinámica (presión arterial, ortostatismo, frecuencia cardíaca, ingurgitación yugular)
- Intensidad de edemas. Peso y diuresis frecuentes

TRATAMIENTO

Independientemente de la causa del síndrome nefrótico, existe un tratamiento general que pretende disminuir la morbimortalidad de este síndrome y que incluye medidas higiénicas, dietéticas y farmacológicas.

DIETA

Incluye la restricción de sal a 2 g diarios. En los periodos de máximo edema (anasarca) debe restringirse parcialmente la ingestión de líquidos, que nunca debe superar la diuresis.

MEDIDAS POSTIRALES

El reposo en decúbito supino es recomendable en la anasarca, al favorecer la diuresis al disminuir la presión hidrostática de las extremidades inferiores y pasar líquido desde el espacio intersticial hacia el plasmático. La colocación de vendas elásticas hasta la raíz del muslo, junto con una adecuada profilaxis antitrombótica, favorece la diuresis.

DIURETICOS

Las medidas dietéticas no suelen ser suficientes para conseguir un balance negativo de agua y sodio, por lo que es habitual la utilización de diuréticos. En ocasiones los diuréticos tiazídicos o ahorradores de potasio pueden ser suficientes. Sin embargo, en la mayoría de los casos se necesitarán diuréticos de asa, teniendo presente que la respuesta natriurética a estos diuréticos es inferior a la observada en sujetos normales.

SINDROME NEFRITICO

DEFINICION:

El síndrome nefrítico es una de las formas 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.

ETIOLOGIA

En la mayoría de los casos, la glomerulonefritis postinfecciosa es secundaria a una infección por el estreptococo betahemolítico del grupo A; sin embargo existen otras bacterias, virus y parásitos que lo pueden causar.

Dentro del grupo de los estreptococos betahemolíticos existen cepas que se asocian más al desarrollo de glomerulonefritis, por lo que se les conoce como nefritogénicas.

FISIOPATOLOGIA

Las cepas nefritogénicas producen proteínas catiónicas identificadas en tejidos renales de pacientes con glomerulonefritis. Como consecuencia de su carga eléctrica, estas proteínas se depositan en el glomérulo y dan lugar a la formación in situ de complejos inmunes, además de los complejos inmunes circulantes formados por la unión de inmunoglobulinas con otros antígenos. Estos complejos circulantes es posible encontrarlos en la primera semana de la enfermedad y se sabe que están en relación con la gravedad de la enfermedad; de ahí su importancia a la hora de hacer el diagnóstico. Aproximadamente el 90% de los casos con glomerulonefritis presenta reducción de los niveles séricos de complemento, debido a que después del depósito en la membrana basal de estos inmunocomplejos se activa la cascada inflamatoria, en un inicio mediada por interleucina 1 con la subsecuente activación de linfocitos T y posteriormente mediada por interleucina 2, que al unirse con su receptor específico causa proliferación de los linfocitos activados y posterior depósito de complemento y formación de perforinas que incrementan la lesión en la membrana basal.

CUADRO CLINICO

La presentación clínica es de un síndrome nefrítico típico con hematuria glomerular, hipertensión arterial, oliguria y deterioro de la función renal. El intervalo entre la infección y la nefritis es de dos a tres semanas en los casos que siguen a una faringoamigdalitis y de un mes en los casos de una piodermitis.

DIAGNOSTICO

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. Datos que también apoyan el diagnóstico es el nivel de C3 disminuido, lo cual se observa en el 90% de los pacientes, y que se recupera en 4 semanas. La persistencia de microhematuria durante meses no invalida el diagnóstico; puede durar más de un año. Por el contrario, la proteinuria desaparece antes. Las estreptolisinas se encuentran elevadas en el 60 a 80% de los pacientes durante los primeros 10 días y persisten de 4 a 6 semanas.

TRATAMIENTO

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. En la minoría de los casos, dicho tratamiento no es suficiente y se requiere de terapia de reemplazo de la función renal. Generalmente, los pacientes recuperan la diuresis de 7 a 10 días de iniciado el cuadro. No hay evidencia de que el uso de antibióticos para tratar el foco primario prevenga la aparición de glomerulonefritis. El pronóstico a largo plazo generalmente es bueno y sólo un pequeño porcentaje de los pacientes persiste con proteinuria e hipertensión después del evento primario.