

Glomerulonefritis postestreptocócica de presentación clínica atípica con síndrome nefrótico secundario. Reporte de caso

Laura Selene Moreno Guzmán,* María de Belén López Colín**

RESUMEN

Introducción: La glomerulonefritis postinfecciosa postestreptocócica generalmente se manifiesta clínicamente como un síndrome nefrótico y la evolución es favorable en 95% de los casos. El resto suele complicarse con hipertensión arterial secundaria, enfermedad renal crónica o bien síndrome nefrótico. En este último se han descrito entre 2 y 4% de los casos. **Caso clínico:** Paciente de cinco años de edad quien inició padecimiento con presencia de palidez, tinte icterico, dolor abdominal y vómito de contenido gastroalimentario. En medio particular se tomaron exámenes paraclínicos, reportando hemoglobina 7.4 mg/dL, plaquetas 426,000 y leucocitos 15,800. Examen general de orina con proteínas 300 mg/dL y hemoglobina +++. Ingresó por sospecha de síndrome nefrótico. A su ingreso con hemoglobina de 5 mg/dL y sin hipertensión. Por la severidad de la anemia fue valorado por hematología, determinando que cursaba con anemia hemolítica autoinmune por proceso infeccioso. Se tomaron muestras para determinar anticuerpos antistreptolisinas, encontrándose en 386 IU/mL. Se diagnosticó glomerulonefritis postestreptocócica. Presentándose proteinuria progresiva e hipoalbuminemia sin edema y con hematuria. **Conclusión:** En el síndrome nefrótico en la edad pediátrica la causa es idiopática, con excelente respuesta a esteroides. Las manifestaciones clínicas y de exámenes de laboratorio confirman el diagnóstico de glomerulonefritis postinfecciosa postestreptocócica. La evolución clínica fue completamente atípica, debido a que el síndrome nefrótico no ameritó tratamiento esteroideo porque se resolvió en la cuarta semana. Revisamos el caso debido a que en este hospital, después de 14 años, es la primera vez que nos encontramos con un paciente con estas características.

Palabras clave: Glomerulonefritis postinfecciosa, glomerulonefritis postestreptocócica, antistreptolisinas.

ABSTRACT

Introduction: The post-streptococcal glomerulonephritis post-infectious usually clinically manifested as nephrotic syndrome and evolution is favorable in 95% of cases. The rest is often complicated with secondary hypertension, chronic kidney disease or nephrotic syndrome. In the latter described between 2 and 4% of cases. **Case report:** Patient five years old who started his condition with the presence of pale, jaundiced, abdominal pain and vomiting gastro-food content. In particular laboratory test means were taken, reporting hemoglobin 7.4 mg/dL, 426,000 platelets, leukocytes 15,800. Urinalysis protein 300 mg/dL, hemoglobin +++. Enter on suspicion of nephritic syndrome. On admission hemoglobin 5 mg/dL, without hypertension. Because of the severity of anemia was assessed by hematology, determining coursing with autoimmune hemolytic anemia infectious process. Samples were taken to determine antistreptolysin antibodies, found in 386 IU/mL, post-streptococcal glomerulonephritis is diagnosed. Appearing progressive proteinuria and hypoalbuminemia without edema and hematuria. **Conclusion:** In the nephrotic syndrome in children the cause is idiopathic, with excellent response to steroids. The clinical and laboratory tests manifestations the diagnosis of post-infectious post-streptococcal glomerulonephritis are confirmed. The clinical course was completely atypical, because the nephrotic syndrome steroid treatment is not warranted because that was decided in the fourth week. We review the case because in this hospital, after 14 years, is the first time we encounter a patient with these characteristics.

Key words: Glomerulonephritis post-infectious, post-streptococcal glomerulonephritis, antistreptolysin.

* Residente de segundo año de Pediatría.

** Nefróloga pediatra adscrita a Servicio de Nefrología.

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico es un grupo de signos y síntomas que incluyen disminución de proteína plasmática, proteinuria y edema generalizado. Afecta a 16 de cada 100,000 niños alrededor del mundo cada año, con una relación entre hombres y mujeres de aproximadamente 2:1. Es una de las enfermedades renales comunes en la infancia y se asocia a una alta tasa de recaídas. El síndrome nefrótico idiopático representa 90% de los casos en niños menores de 10 años. El restante 10% está relacionado con causas sistémicas o enfermedades glomerulares, secundarias a faringitis, uso de medicamentos, desórdenes inmunológicos o como acompañante de enfermedades renales como la glomerulonefritis.¹

PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Paciente masculino cinco años dos meses de edad originario de Naucalpan, Estado de México, madre de 32 años, sana, padre de 35 años, sano, hermano de tres años con diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, atendido en este mismo hospital. Inició padecimiento el día 09 de diciembre de 2015, con tinte icterico, dolor abdominal, vómito de contenido gastroalimentario en cinco ocasiones. Acudió con médico particular quien solicitó exámenes de laboratorio, los cuales reportaron hemoglobina 7.4 g/dL, hematócrito 21.2%, plaquetas 426,000/dL, leucocitos 15,800/dL, linfocitos 14%, segmentados 79%; examen general de orina con color amarillo, hematuria, pH 5.5, sedimento abundante, proteínas 300 mg/dL, hemoglobina +++, 10 leucocitos por campo y urato moderado. Química sanguínea con glucosa 116 mg/dL, urea 63 mg/dL, ácido úrico 4.4 mg/dL, colesterol 143 mg/dL, triglicéridos 100 mg/dL, TGP 43 UI/L, TGP 17 UI/L, BT 5.3, BD 1.4, BI 5.3, proteínas totales 4.5 g/dL, albúmina 4.5 g/dL. Fue enviado a nuestro hospital para ser valorado.

A su ingreso en la exploración física mostró frecuencia cardíaca 112x', frecuencia respiratoria de 24 x', temperatura 36.3 °C, tensión arterial 97/55 mmHg, consciente, activo, reactivo, adecuada hidratación de tegumentos, palidez de tegumentos, pupilas isocóricas normorreflécticas, cuello sin megalias, tórax movimientos ventilatorios normales, campos pulmonares sin alteraciones, abdomen blando sin datos patológicos, extremidades sin edema, llenado capilar 2" y pulsos normales. Se solicitaron exámenes de laboratorio (*Cuadro I*).

El 11 de diciembre de 2015 fue revisado por hematología por presencia de anemia normocítica normocrómica arregenerativa hemolítica, con presencia de palidez +++, ictericia +, con frotis de sangre periférica con células de serie roja normales, plaquetosis, grandes y gigantes, serie granulocítica con predominio de segmentados y monocitos vacuolados, pudiendo corresponder a un proceso infeccioso, decidiéndose hospitalización.

Cuadro I. Reporte cuantitativo de los niveles séricos de albúmina, C3 y C4.

	Albúmina sérica (mg/dL)	C3 (mg/dL)	C4 (mg/dL)
09.12.15	4.5		
10.12.15	3.9		
15.12.15	3	19.3	14.4
17.12.15	3		
14.01.16		68.3	11.7
28.01.16	4		

El diagnóstico de ingreso fue de infección de vías urinarias con probable lesión morfológica. El ultrasonido reportó ambos riñones y vejiga normales. El examen general de orina continuaba con proteínas 200 mg/dL, Hb 250 mg/dL, sedimento urinario abundante, leucocitos 25-30 por campo, eritrocitos incontables y cilindros granulares. A nivel sérico con antiestreptolisinas 386 UI/L, C3 19.3 mg/dL y C4 14.4 mg/dL, IgA 260 mg/dL, IgE 9.3 UI/mL, IgG 939 mg/dL, IgM 122 mg/dL, PCR 0.218 mg/dL. Se confirma diagnóstico de glomerulonefritis postinfecciosa, postestreptocócica.

Por las alteraciones bioquímicas, las cuales se muestran en las *figuras 1 y 2*, se observó hipoalbuminemia progresiva, proteinuria de moderada a grave, sin hiperlipidemia evidente, lo catalogamos como síndrome nefrótico de presentación atípica secundaria a glomerulonefritis postinfecciosa. Haciendo referencia a que cualquier cantidad de proteinuria capaz de disminuir la albúmina en sangre, es considerada síndrome nefrótico.

DISCUSIÓN

Las enfermedades glomerulares se caracterizan por inflamación y clínicamente presentan hematuria y/o proteinuria. La función renal puede ser normal o reducida, dependiendo de la gravedad; si es aguda o bien se trate de una lesión glomerular crónica. Su etiología es muy variable, en este caso la glomerulonefritis postinfecciosa postestreptocócica se presenta en la edad media de la infancia entre 6 y 8 años.²

La presentación es clásicamente con orina oscura, escasa e hipertensión arterial. Síntomas no específicos incluyen debilidad, fiebre, dolor abdominal con malestar general.³ La hematuria se reporta entre 25 y 60% de los pacientes, tiene una duración de 1 a 2 semanas, de estos pacientes 50% requiere hospitalización. El edema se reporta en 85% de los casos y la hipertensión arterial por arriba de 90% de niños hospitalizados con glomerulonefritis, en este caso no la evolución clásica de la glomerulonefritis. También se presentan diversos grados de proteinuria; sin embar-

go, el síndrome nefrótico es poco frecuente, con una ocurrencia de 2 a 4% de los casos, pudiendo persistir durante varios meses después de la presentación aguda.⁴

El síndrome nefrótico agudo se presenta típicamente de 1 a 2 semanas después del proceso infeccioso a nivel de la garganta y de 3 a 6 semanas posterior a la piodermia estreptocócica.³

Dentro de los estudios sanguíneos son de utilidad la biometría hemática completa, creatinina, urea y ácido úrico para evaluar el filtrado glomerular, los niveles de albúmina, colesterol y triglicéridos; el exa-

Cuadro II. Indicaciones para biopsia renal.

Indicaciones para biopsia renal en niños con síndrome nefrótico sensible a esteroides

- Falta de respuesta tardía posterior a una respuesta inicial a corticosteroides
- Alto índice de sospecha de una patología subyacente diferente
- Disminución de la función renal en niños que están recibiendo CNIs

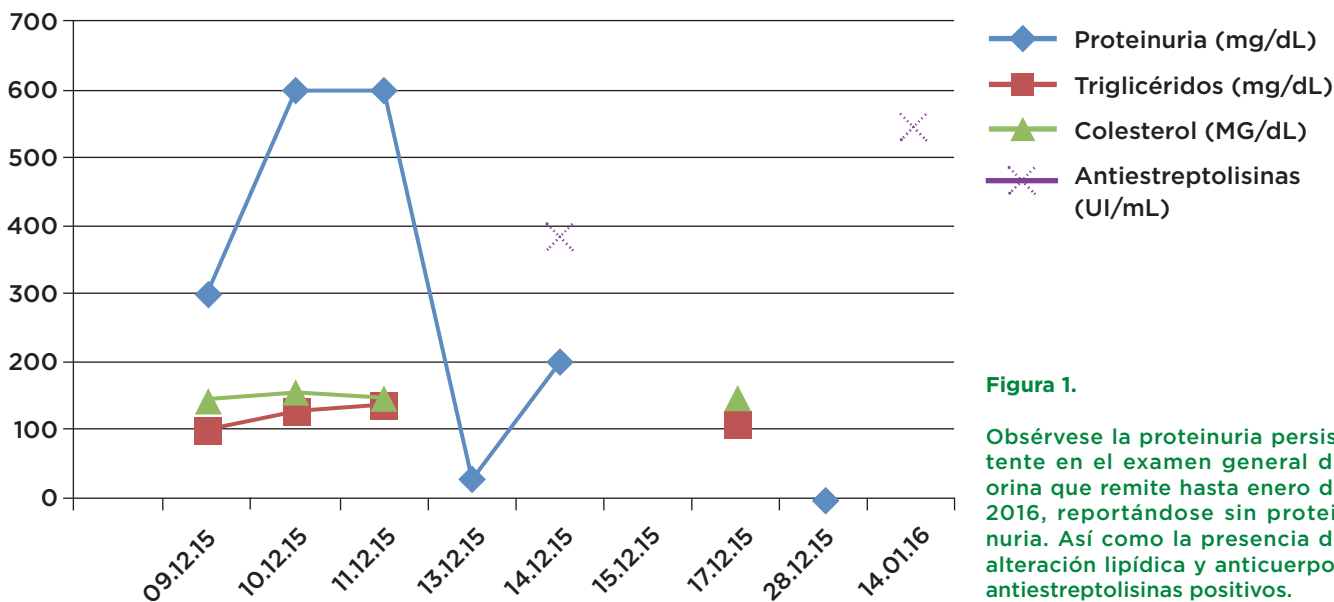


Figura 1.

Obsérvese la proteinuria persistente en el examen general de orina que remite hasta enero de 2016, reportándose sin proteinuria. Así como la presencia de alteración lipídica y anticuerpos antiestreptolisinas positivos.

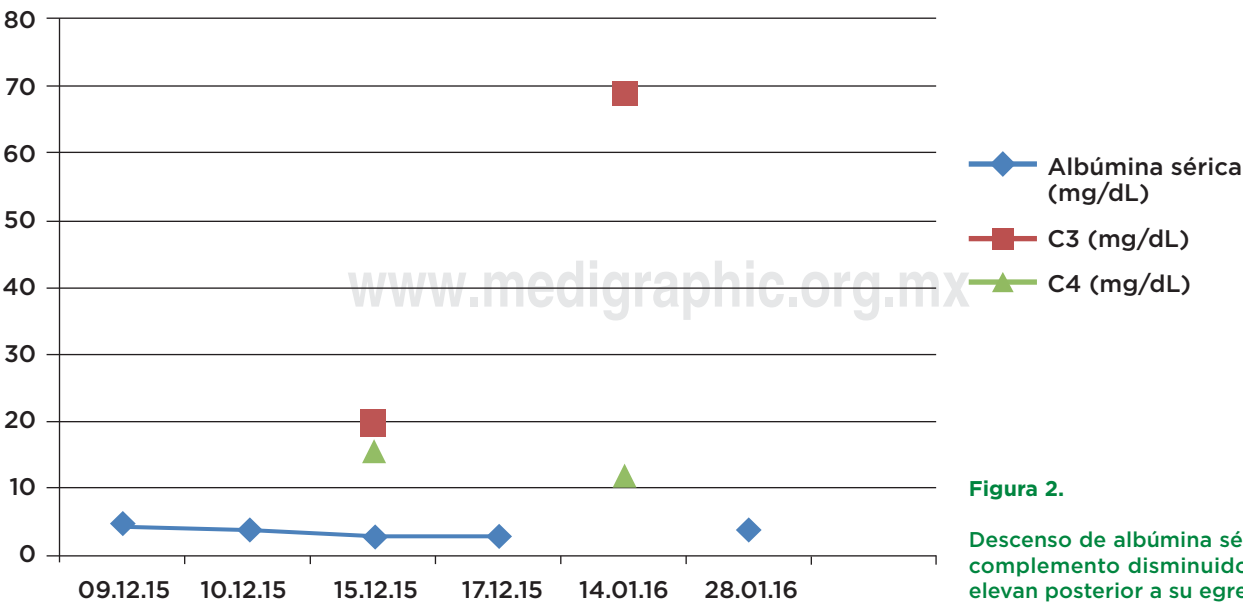


Figura 2.

Descenso de albúmina sérica con complemento disminuido que se elevan posterior a su egreso.

men general de orina es obligado, complemento (C3 y C4), la serología (antiestreptolisina O y Streptozyme) para confirmar el diagnóstico.² La hipocomplementemia se normaliza hasta en 90% de los casos en un lapso de 4 a 8 semanas. La presencia de anticuerpos antiestreptolisina o enzimas indicativas de infección reciente por estreptococo hemolítico del grupo A se normalizan en un tiempo más prolongado, entre 6 y 12 meses después del padecimiento.

Rara vez se indica biopsia renal, sólo en situaciones atípicas como disminución prolongada de C3, recurrencia de hematuria, incremento progresivo de la proteinuria y deterioro en la función renal. En el *cuadro II* se muestran las indicaciones recomendadas en *Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis: management of nephrotic syndrome in children* (KDIGO 2012).⁵

CONCLUSIÓN

Paciente en el que de acuerdo con las manifestaciones clínicas y de exámenes de laboratorio se confirma glomerulonefritis postinfecciosa postestreptocócica, la evolución clínica no fue la clásica y su presentación fue completamente atípica, cuyo síndrome nefrótico no ameritó tratamiento esteroideo como es el caso de la presentación de cambios mínimos a esta edad. El paciente ya presenta función renal normal, no excreta proteínas y se vigila median-

te consulta externa de forma periódica. Revisamos el caso debido a que en este hospital, después de 14 años, es la primera vez que nos encontramos con un paciente con estas características.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hussein HA, Abdel SB. Adjustment oral fluids intake on decreasing edema among children with nephrotic syndrome, *World J Med Sci*, 2013; 8 (4): 408-417.
2. Lau KK, Wyatt RJ. Glomerulonephritis, *Adolesc Med Clinics*, 2005; 16: 67-85.
3. Parmar M. *Acute glomerulonephritis clinical presentation*, Medscape, [Internet] [Access 03 August of 2015]. Available in: <http://emedicine.medscape.com/article/239278-clinical>
4. Bhimma R. *Acute poststreptococcal glomerulonephritis clinical presentation*, Medscape, [Access 27 May of 2015]. Available in: <http://emedicine.medscape.com/article/980685-clinical>
5. KDIGO-GN-Guideline. Chapter 3: Steroid-sensitive nephrotic syndrome in children, *Kidney Int Suppl*, 2012; 2: 143-153

Correspondencia:

Laura Selene Moreno Guzmán
Residente de 2° año de Pediatría
Hospital para el Niño
Instituto Materno Infantil del Estado de México.
Paseo Colón s/n esquina Paseo Tolloca
Col. Isidro Fabela, Toluca, México.
E-mail: laura1910@comunidad.unam.mx