

Síndrome nefrótico y cefalea: una recaída compleja

González Hernández LI, Cabello Gómez S, Escabias Merinero CR, López Moreira O, Borrero Sánchez A. Urgencias Pediátricas. H. Universitario Virgen Macarena

Urgencias pediátricas

Paciente varón de 6 años que consulta por cefalea y vómitos.

Antecedentes personales:

- Síndrome nefrótico corticosensible con múltiples recaídas.
- Tratamiento con corticoterapia, micofenolato y enalapril.

Enfermedad actual:

Cefalea holocraneal opresiva de 36 horas de evolución acompañada de dos vómitos, aumento de edemas y proteinuria. Exploración neurológica sin hallazgos.

Se decide extracción de analítica sanguínea (leucocitosis con neutrofilia, hipoproteinemia, reactantes de fase aguda normales) y sistemático de orina (proteinuria +++)

Evolución:

Durante su observación, el paciente presenta empeoramiento clínico con escala de Glasgow 13/15 puntos, afectación del estado general y nuevo vómito. Ante la posibilidad de hipertensión intracraneal (HTIC), se realiza TC craneal y se objetiva imagen compatible con trombosis de senos (Fig 1.). Se instauro tratamiento específico para HTIC con corticoterapia endovenosa, suero salino hipertónico y manitol endovenoso. Tras su estabilización, el paciente es trasladado al centro hospitalario de referencia para valoración por Neurocirugía.

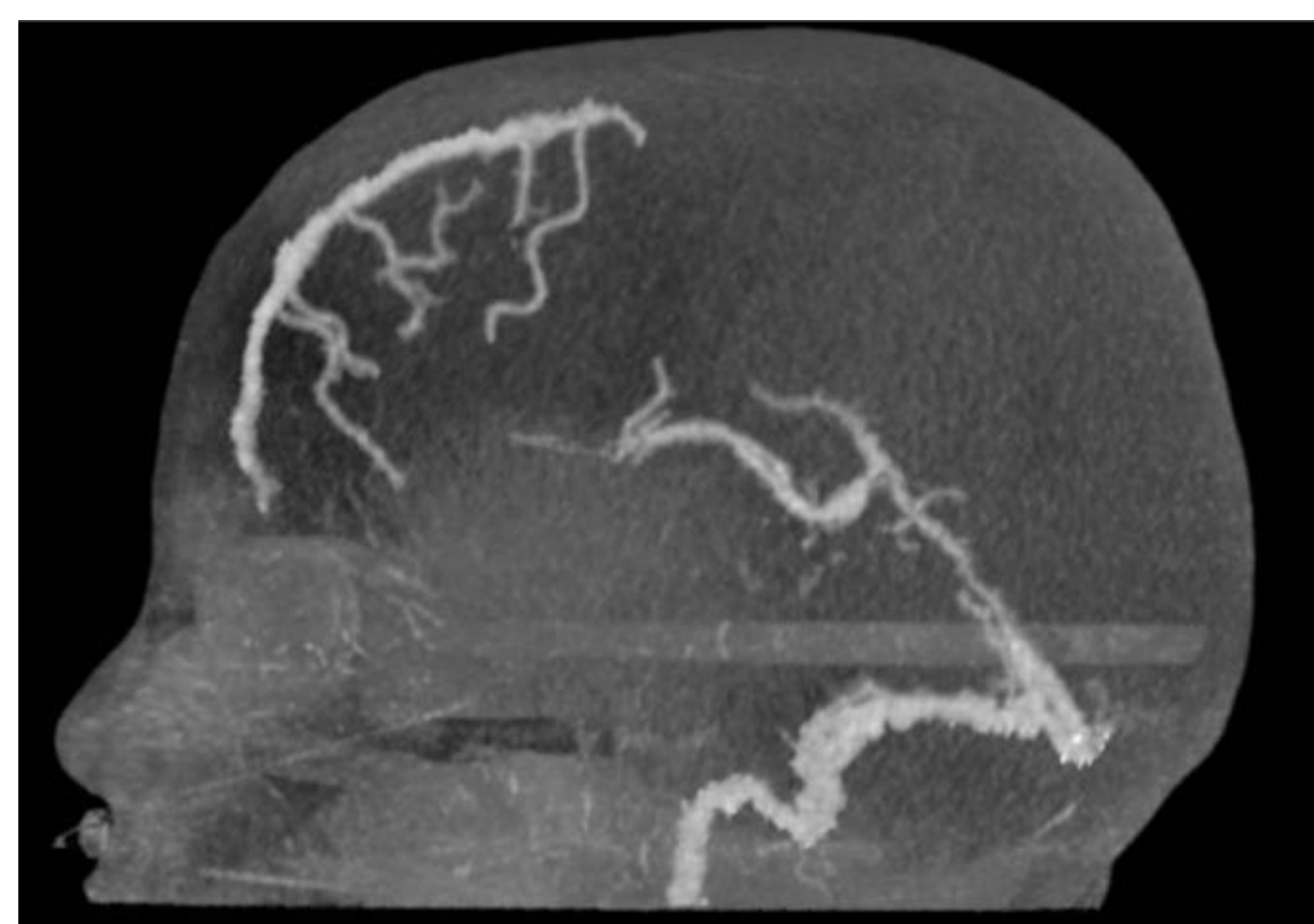


Fig. 1. Defecto de repleción de seno sagital superior (salvo en su extensión anterior frontal), seno transversal, seno sigmoideo en lado derecho, venas corticales de la convexidad y vena yugular derecha compatible con trombosis.

Cuidados intensivos pediátricos

Se instauro tratamiento anticoagulante con heparina sódica y se mantiene tratamiento corticoideo.

A las 48 horas de su ingreso, presenta nuevo empeoramiento clínico con somnolencia, cefalea y diplopía. En la exploración se objetiva parálisis del VI par craneal izquierdo. Se comprueba estabilidad de las lesiones con nuevo TC craneal y se instauro tratamiento con acetazolamida endovenosa. En los siguientes días, se constata la aparición de papiledema bilateral y se decide colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal, que transcurre sin incidencias. Tras ello, el paciente progresa favorablemente con resolución de la trombosis en prueba de imagen (Fig. 2) y de la sintomatología neurológica, a excepción de la parálisis del VI par craneal izquierdo, que mantiene como secuela del episodio.

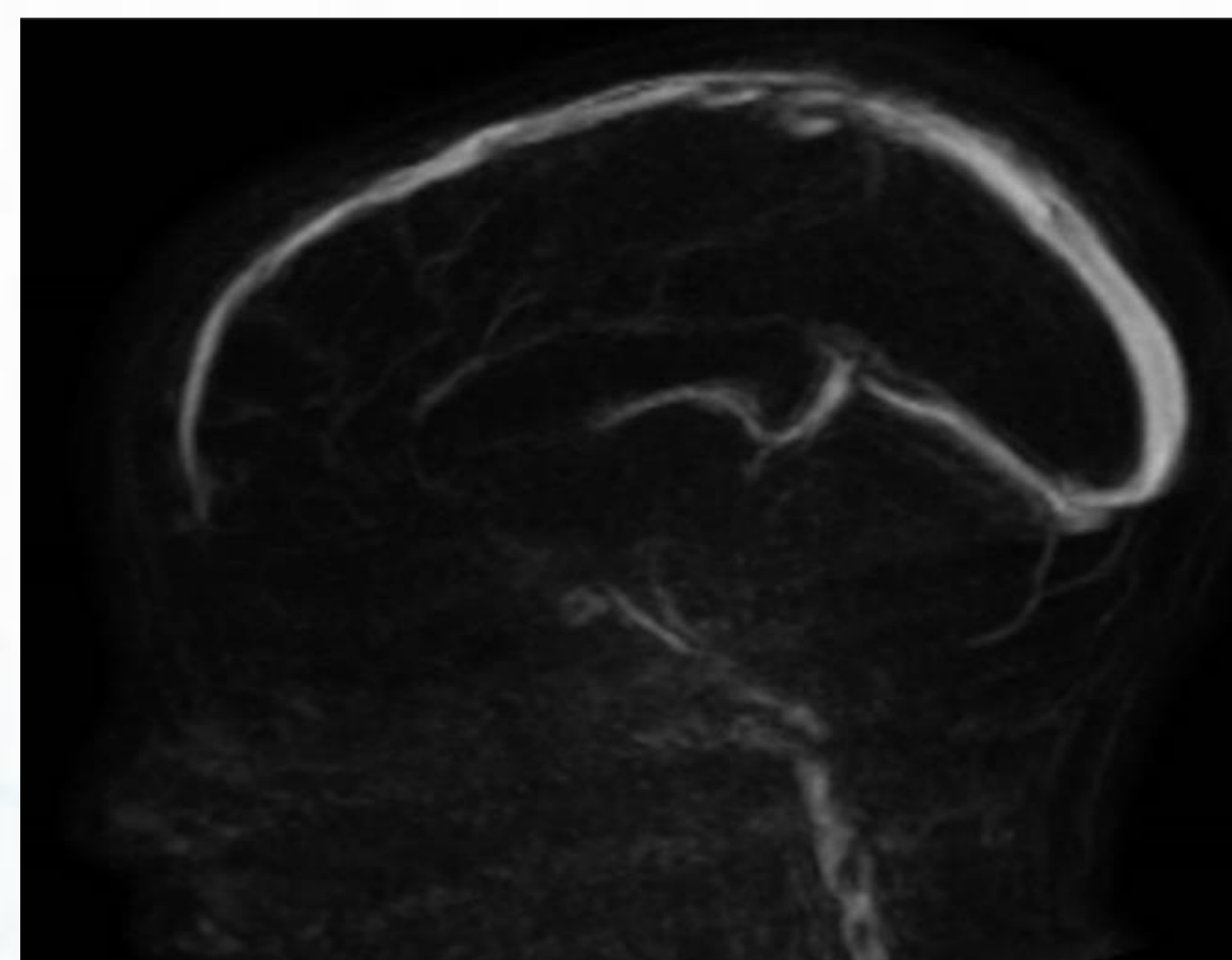
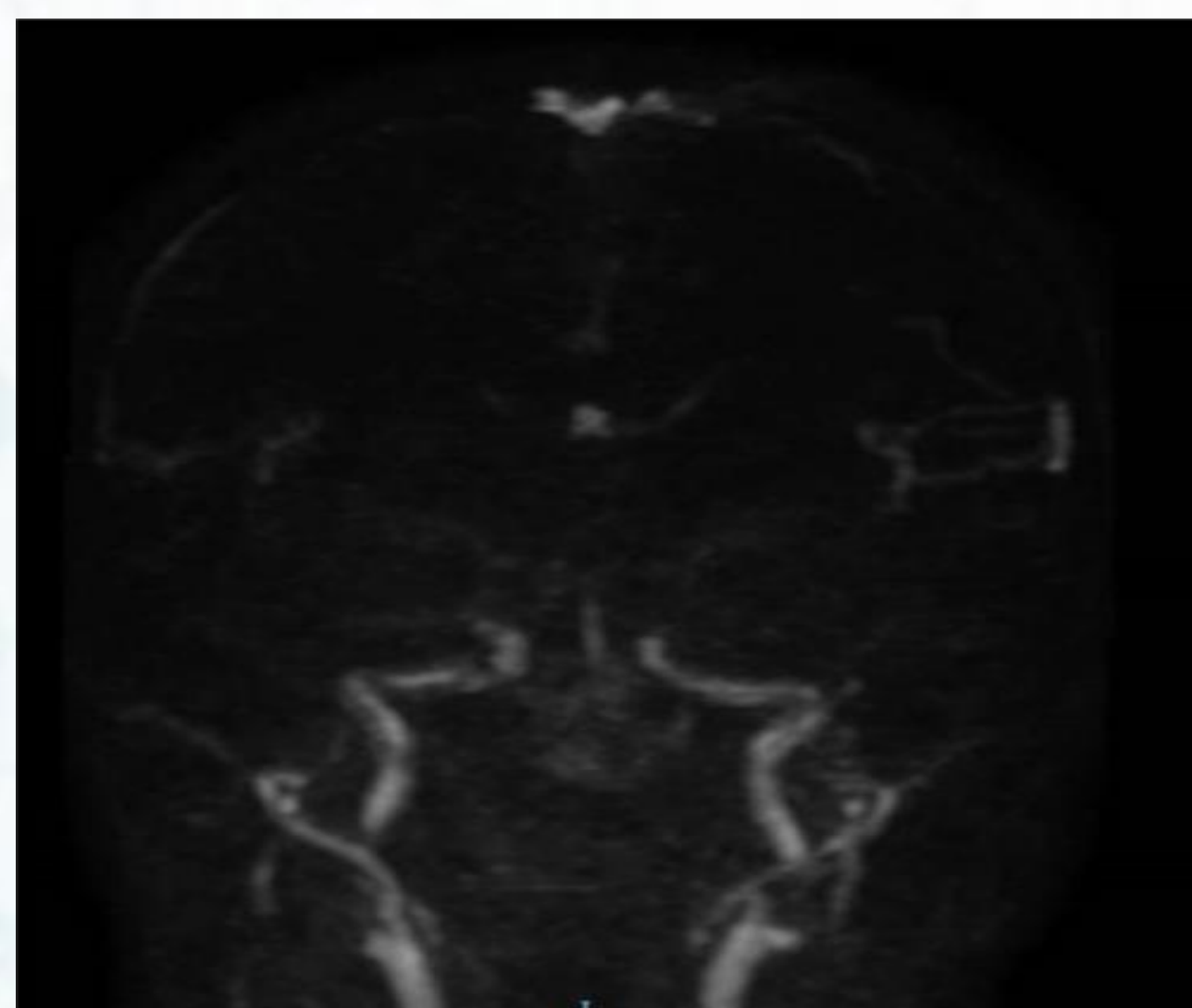


Fig. 2. Repermeabilización de senos venosos cerebrales sin evidencias de trombosis. Leve ventriculomegalia. Catéter de derivación medial al asta posterior del ventrículo lateral derecho.

Conclusiones

El síndrome nefrótico es una enfermedad frecuente en la edad pediátrica, caracterizada por la pérdida de proteínas séricas en la orina y originada por una alteración en la permeabilidad de la membrana glomerular. Entre sus complicaciones se encuentran aquellas que derivan del desequilibrio producido por la pérdida de factores antitrombóticos, el aumento de actividad plaquetaria y el subsecuente estado de hipercoagulabilidad. Un manejo precoz y adecuado de las recaídas, así como de estas situaciones más concretas, permiten mejorar la supervivencia de estos pacientes.