

# CASOS CLÍNICOS

## EDEMA IDIOPÁTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

### IDIOPATHIC EDEMA. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Andres Reyes Justiniano<sup>1</sup>, Bismar Jorge Gutierrez Choque<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Médico Internista con formación en Diabetes, Docente titular de la Cátedra de Farmacología, Facultad de Medicina, UMSA.

<sup>2</sup> Estudiante del Cuarto año de Medicina, Facultad de Medicina, UMSA.

RECIBIDO: 28/04/2017

APROBADO: 12/05/2017

### RESUMEN

El edema idiopático es un diagnóstico de exclusión, caracterizado por la acumulación de líquido en tejido intersticial en mujeres premenopáusicas en ausencia de patología cardíaca, renal o hepática. Típicamente los laboratorios y estudios complementarios son normales. El tratamiento es la Espironolactona debido al Hiperaldosteronismo secundario concomitante. De no ser efectivo, puede ser añadido o cambiado a un diurético tiazídico a la menor dosis efectiva. Es frecuente la resistencia a este grupo farmacológico.

**PALABRAS CLAVE:** Edema Idiopático, Diurético, Premenopausia

### ABSTRACT

*Idiopathic edema is a diagnosis of exclusion, characterized by the accumulation of fluid in interstitial tissue in premenopausal women in the absence of cardiac, renal or hepatic pathology. Typically laboratories and complementary studies are normal. Treatment is Spironolactone due to concomitant secondary hyperaldosteronism. If not effective, it can be added or changed to a thiazide diuretic at the lowest effective dose. Resistance to this pharmacological group is frequent.*

**KEYWORDS:** Idiopathic Edema, Diuretic, Premenopause

### INTRODUCCIÓN

El edema idiopático antes conocido como edema cíclico de la mujer, se caracteriza por la acumulación de líquido en tejido intersticial. Se presenta en mujeres premenopáusicas en ausencia de patología cardíaca, renal o hepática. Este síndrome puede ocurrir de manera concomitante con sobrepeso, diabetes y problemas emocionales (depresión y síntomas neuróticos). Puede estar asociado al uso frecuente de fármacos para lograr la pérdida de peso (diurético o laxante) o la provocación de vómitos y cesación de la ingesta.

El edema idiopático es por demás frecuente en mujeres premenopáusicas, por lo general menores de 50 años, que no presentan anomalías venosas valvulares; su etiología es desconocida.

La paciente puede llegar a incrementar su peso a lo largo del día; inicialmente el edema se localiza en miembros inferiores y progresa paulatinamente a tronco, al resto de extremidades, cara y manos, de tal manera que en horario vespertino están en su máxima plétora edematosa. Al llegar la noche la nicturia produce un descenso marcado del edema, para despertar prácticamente sin el mismo y volver a iniciar el ciclo.

Un método simple para diagnosticar el edema idiopático consiste en la realización de un test de sobrecarga hídrica. Para tal efecto el paciente debe ingerir 20 ml de agua por kilogramo peso ideal, en un tiempo de 15 minutos, para después permanecer en decúbito durante 4 horas, tiempo en el cual se recolectara su orina. El test debe repetirse en ortostatismo. Aquellos pacientes que presenten edema idiopático excretaran más del 65% de la sobrecarga hídrica en decúbito, experimentando una marcada disminución en la excreción con el ortostatismo.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 44 años, de sexo femenino, ama de casa, casada, con dos hijos. Acude a consulta por edema en extremidades inferiores y manos, sin el antecedente de ninguna medicación concomitante alguna que pudiera producir edemas.

Cuadro clínico de dos meses de evolución por edema bimalleolar, caracterizado por ser de predominio vespertino de inicio matinal, con sensación de ardor, no doloroso; refiere claros datos de trastorno depresivo, episodio moderado desde hace varios meses, dolor articular en columna vertebral torácica, de diversa intensidad asociado a esfuerzo físico.

Examen físico: biotipo pícnico, personalidad tipo A, ansiosa, con signos vitales en parámetros normales; peso: 82 kg; estatura: 1,61 m; IMC: 31.63 kg/m<sup>2</sup> (dato no útil por edema); acantosis nigricans, dolor de T3 a T5. Sin datos de patología hepática, cardíaca o renal.

Entre los antecedentes patológicos de importancia, depresión de larga data no tratada y síndrome de intestino irritable, sin adherencia adecuada a las indicaciones y al tratamiento instaurado por la parte médica.

Manejo y tratamiento inicial con los siguientes diagnósticos: Edema de extremidades inferiores en estudio, sobrepeso, trastorno depresivo recurrente. Se decide iniciar medicación con diurético tiazídico Hidroclorotiazida 50 mg una tableta vía oral 8:00 a.m. Al mismo tiempo se realiza interconsulta con las especialidades de psiquiatría y nutrición; luego se procede a realizar los siguientes exámenes complementarios:

Hemograma, glicemia, creatinina, NUS, ácido úrico, electrolitos séricos, perfil lipídico, hormonas tiroideas (TSHus, T4 y T3), EGO, radiografía P.A. de tórax, ecografía de abdomen y hueso pélvico, los mismos que muestran parámetros absolutamente normales. A continuación se procede a realizar una segunda línea de exámenes complementarios destinados a identificar la etiología y el diagnóstico de la patología que aqueja a la paciente: albuminuria y proteinuria en 24 hrs, ANA, AntiDNA, C3, C4, perfil ENA, ANCAc, ANCAp, Ac Anticardiolipina IgG e IgM, Anti CCP, FR, ECG, ecocardiografía Doppler color, TAC contrastada de abdomen y pelvis, además de una evaluación cardiológica, las cuales son negativas para definir un diagnóstico etiológico.

Por las características previamente mencionadas se define el diagnóstico de **Edema Idiopático**.

En consecuencia se mantiene el tratamiento inicialmente instaurado el cual revierte el edema entre 5 a 6 semanas, luego se reduce las dosis de los diuréticos a días alternos una vez remitido el edema, por 15 días más.

La paciente mantuvo el cuadro de edema en remisión por el lapso de 3 años y 8 meses, cuando presento una recaída de similares características, a las descritas anteriormente; evaluada nuevamente de manera integral, laboratorialmente y con exámenes complementarios, en parámetros nuevamente normales.

En esta ocasión se decide iniciar la terapia en base a Espironolactona, fármaco de elección en el edema idiopático a dosis estándar, controlándose el cuadro.

## DISCUSIÓN

El mecanismo por el cual se desarrolla este tipo de edema aún es incierto, sin embargo se consideran tres posibles teorías. La teoría de la fuga capilar se caracteriza por una respuesta anormal cuando se asume la postura erguida, con disminución del volumen intravascular; asociado a un incremento de las concentraciones de hormonas, que inicialmente producen hipovolemia, y luego provocan un incremento de peso a lo largo del día. La segunda teoría se denomina realimentación, y consiste en que los pacientes dejan de alimentarse por varios días

para bajar de peso, al volver a realimentarse se produce una liberación incrementada de insulina y una aparente activación del sistema renina angiotensina aldosterona, ambas provocan la reabsorción de sodio a nivel tubular con el consecuente incremento de peso. Finalmente, la tercera teoría denominada edema inducido por diuréticos, es producida por una hipovolemia generada por la diuresis con la consecuente activación del sistema renina angiotensina aldosterona; al ser suprimido el tratamiento el paciente no volverá a su diuresis inicial, resultando en un edema paradójal de rápida formación.

El Diagnóstico de edema idiopático es de exclusión y solamente debe ser considerado cuando se haya descartado la vasta mayoría de diagnósticos de patologías que cursen con edema (enfermedad renal, cardíaca o hepática).

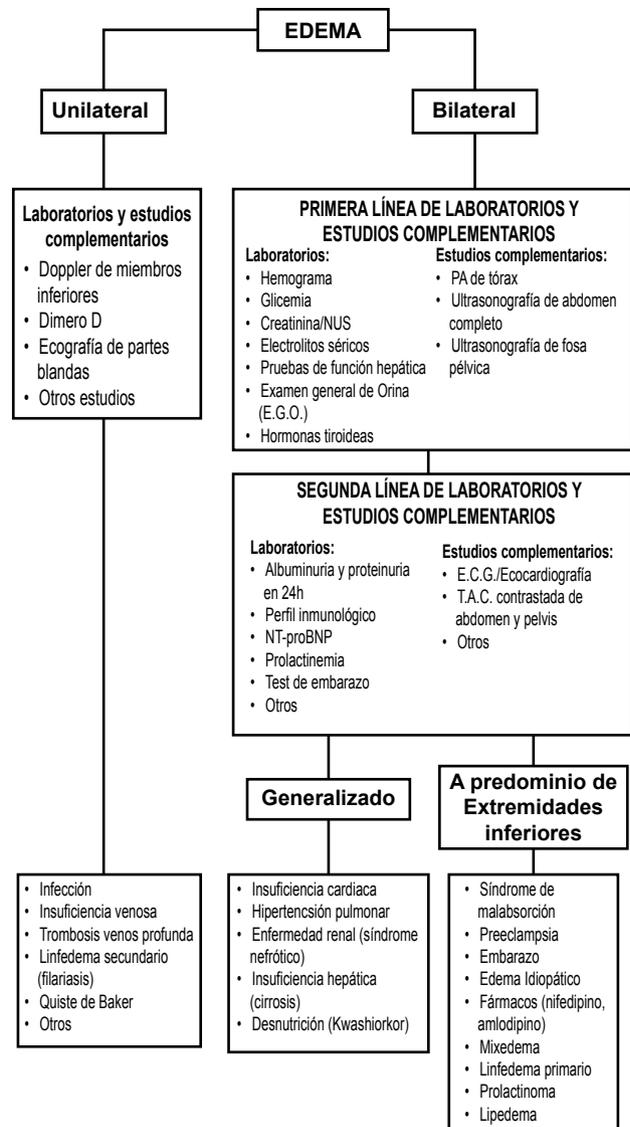
En la anamnesis se debe indagar los antecedentes relevantes (cirugía previa que pueda afectar el sistema linfático, sobrepeso, reposo prolongado, traumatismos, etc.) y el uso de fármacos, siendo el más relevante el grupo de los Calcio antagonistas (nifedipino y amlodipino), que pueden producir edema bimaleolar en cerca del 15% de los pacientes; la distribución corporal del edema (miembros inferiores, cara, manos, región sacra, etc.); el horario, fundamentalmente si es matutino, vespertino o permanente.

El examen físico comienza con la realización del signo de fóvea o Godet, que consiste en ejercer digitopresión sobre el tejido afectado y que al retirar el dedo, permanece la impronta, que tarda un tiempo en desaparecer.

Clínicamente y en primera instancia se debe clasificar a los edemas del miembro inferior en (observar diagrama de flujo):

- Edema unilateral
- Edema bilateral

Cabe recordar que los unilaterales generalmente son de causa local y los bilaterales de origen sistémico, especialmente si el edema es generalizado, pero si solo compromete a las extremidades inferiores, la patología inherente es más específica. Las causas de edema unilateral del miembro inferior pueden ser determinadas por los antecedentes (traumáticos, neoplásicos,



irradiación, cirugías, etc.), y los hallazgos a ser determinados al examen físico y estudios complementarios apropiados, siendo los diagnósticos más comúnmente identificados la insuficiencia venosa y trombosis venosa profunda.

Cuando el edema es bilateral y generalizado, se requiere una aproximación diagnóstica enfatizándose en el estudio para la identificación de las causas sistémicas, utilizando en primera instancia la observación clínica, como por ejemplo a través de la utilización de los criterios de Framingham (Diagnóstico de Insuficiencia cardíaca), para posteriormente efectuar estudios complementarios que coadyuven al diagnóstico de las patologías más habituales (enfermedad renal o hepática) y de ser necesario continuar

con estudios más específicos en una segunda línea de investigación, como por ejemplo la ecocardiografía para la valoración de hipertensión pulmonar.

En caso de que el edema sea bilateral, pero a predominio de extremidades inferiores, se seguirá la misma línea de investigación clínica, laboratorial y de otros estudios complementarios ya mencionados; en búsqueda de la patología más frecuente causante de esta forma de presentación de edema, el mixedema o linfedema primario, debiendo sospecharse de edema idiopático ante la normalidad de todos los estudios.

Por último se debe hacer una anamnesis dirigida en búsqueda de la constelación de patologías concomitantes que acompañan al edema idiopático. El fármaco de elección en el tratamiento es la Espironolactona, en vista del Hiperaldosteronismo secundario, frecuentemente presente en este tipo de pacientes. De no ser efectivo, puede ser añadido o cambiado a un diurético tiazídico a la menor dosis efectiva. Es frecuente la resistencia a este grupo farmacológico.

Además se debe indicar la restricción de sodio e hidratos de carbono (hasta 90 g/día), ya que esta última medida mejora la natriuresis.

Se debe evitar el uso de los diuréticos de asa por la Hipokalemia frecuente.

En caso de no evidenciarse una mejoría al cabo de cuatro a ocho semanas, se debe considerar otro tipo de farmacoterapia, como ser IECA's, agonistas de la dopamina (Bromocriptina) o combinación de Carvidopa-Levodopa.

## CONCLUSIÓN

El edema idiopático es una entidad benigna con una prevalencia de entre el 10 y 20% de todos los edemas, cuyo diagnóstico siempre es de exclusión, el mismo afecta frecuentemente a mujeres jóvenes con sobrepeso y depresión, así como con abuso de diuréticos. Para arribar a un diagnóstico certero es muy importante realizar una excelente historia clínica, un adecuado examen físico y poseer un dominio de conocimientos para el diagnóstico diferencial de los distintos estados edematosos, además de un amplio conocimiento de la farmacoterapia.

## REFERENCIAS

1. Ely JW, Osheroff JA, Chambliss ML, Ebell MH. Approach to Leg Edema of Unclear Etiology. *J Am Board Fam Med* 2006; 19: 148-60.
2. Rossi G. Diagnóstico Diferencial De Los Edemas Del Miembro Inferior. *Flebología y Linfología/Lecturas Vasculares*. abril 2007; 4: 157 - 220.
3. Guerrero CL. Manejo De Edema. *Revista Médica De Costa Rica y Centroamérica* 2007; LXIV (580) 145-148.
4. Ramanathan M. Idiopathic Oedema: A Lesson in Differential Diagnosis. *Med J Malaysia* 1994; 49: 3.
5. Flores-Villegas B, Flores-Lazcano I, Lazcano-Mendoza ML. Edema. *Enfoque clínico*. *Med Int Méx* 2014; 30: 51-55.
6. García M, Gómez TP, Navarro B, Panadero FJ. Edema Ciclico Idiopatico. *Revista De La Sociedad Madrileña De Medicina De Familia Y Comunitaria* 2012; 2(13): 45-46.
7. Cooper DH, Krainik AJ, Lubner SJ, Reno HE, Micek ST. *Manual Washington de Terapéutica Médica*. 32° Edición. Barcelona - España: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 205-207.
8. McPhee SJ, Papadakis MA. *Diagnóstico clínico y tratamiento*. 50° Edición. México: McGraw-Hill; 2011. p. 36-38.
9. Surós J. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. Cuarta Edición. Barcelona-España: Salvat Editores; 1968. p. 217-218.
10. Flórez J, Armijo JA, Mediavilla A. *Farmacología Humana*. 6ta Edición. Barcelona-España: Elsevier España S.L.; 2014. p. 611.
11. Brunton LL, Chabner BA, Knollmann BC. *Goodman & Gilman Las Bases Farmacológicas de la Terapéutica*. 12va Edición. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.; 2012. p. 1114.
12. Sterns RH. Idiopathic edema. *UpToDate [paper online]*. 2015 Aug [citado en Junio 2017]. [4 pantallas].