

¡HAY QUE HACER CASO A LOS PAPÁS!

Debut de Síndrome Nefrótico en Pediatría

Autores: Jiménez Sahuquillo A, Marcilla Vázquez C, Sielva Motellón M, Navarro Felipe A, Fajardo González N, Romera Guarner I, De las Heras Gómez L.

INTRODUCCIÓN

El síndrome nefrótico es la **glomerulopatía primaria más frecuente en Pediatría**.

Se caracteriza por **proteinuria, hipoalbuminemia y edemas**.

La forma **idiopática (SNI)** es la **más frecuente (90%)**.

Máxima **incidencia** entre los **3-5 años**.

Predomina en el sexo **masculino (2:1)**.

Las **infecciones respiratorias o vacunaciones** recientes pueden preceder al **debut**.

La respuesta al **tratamiento con corticoides** condiciona su pronóstico.

La **mortalidad (1-7%)** se relaciona con complicaciones **infecciosas y tromboembólicas**.

CASO CLÍNICO

HISTORIA CLÍNICA

• Niña de 3 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por **dolor abdominal epigástrico intermitente de 24 horas de evolución**. Afebril, con síndrome catarral leve las 48 horas previas. Durante la exploración la madre refiere que desde los 2-3 días previos le nota **inflamación de la región púbica**, así como **edema palpebral bilateral en las primeras horas de la mañana**, con resolución espontánea a lo largo del día. No asocia síndrome miccional.

EXPLORACIÓN FÍSICA

• **Hipertensión arterial (130/85 mmHg)** con ligero edema en región púbica y en dorso de pies, resto normal. Se realiza tira de orina que muestra **proteinuria ++++**, y se confirma con **cociente proteína/creatinina de 7.2 mg/mg**. Analítica de sangre con función renal normal, destacando **trombocitosis de 445.000/mcl** y **Dímero D elevado (>1000 mcg/l)**. PCR SARS-COV2 positiva.

INGRESO

• Ante evidencia de proteinuria en rango nefrótico, se **ingresa** para estudio. Se inicia control de diuresis, tensión arterial (TA) y peso diario, junto con dieta hiposódica y restricción hídrica.
• Tras confirmar proteinuria en rango nefrótico en orina de 24 horas e hipoalbuminemia, se diagnostica de síndrome nefrótico y se inicia **tratamiento con corticoide**. Por elevación de Dímero D e hipoalbuminemia (<2 g/dl) se inicia anticoagulación con **enoxaparina**. Estudio de inmunidad normal y serologías negativas. Persistencia de la hipertensión durante el ingreso, por lo que se pauta enalapril.

EVOLUCIÓN

• **Adecuada evolución** clínica (disminución de los edemas hasta su resolución completa el 6º día) y analítica (controles seriados de proteinuria, hasta negativizar al 10º día) en **respuesta al tratamiento (SNI corticosenible)**, siendo dada de alta con tratamiento con corticoide y antihipertensivo, controles diarios de TA y proteinuria en tira de orina.

CONCLUSIONES

Destacamos con este caso la importancia de realizar una **exploración física completa y minuciosa**, no solo centrado en el motivo de consulta del paciente.

Dada la relativa gravedad de esta enfermedad, debemos pensar en ella ante el **hallazgo de edema a varios niveles**, y **realizar su despistaje precoz mediante una tira de orina**.