



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 421/77 - DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA, NO OLVIDAR EL SÍNDROME NEFRÓTICO

M. de la Cruz Herrera<sup>1</sup>, A. Arana Madariaga<sup>1</sup>, I. Cornet Pujol<sup>1</sup>, J. Serra Ramonet<sup>2</sup>, M. Rodríguez Soto<sup>2</sup>, M. del Junco Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Goretti badia. Súria. Barcelona. <sup>2</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Goretti badia. Súria. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso/Descripción del caso:** Varón de 7 años, acude a centro de atención primaria (CAP) por presentar desde hace 15-20 días dolor en hemiabdomen superior, intermitente, no fiebre, astenia, adinamia. Deposición diarreica, única. No ha realizado tratamiento con antiinflamatorios previos. Antecedentes de madre diabética tipo 1. Sin alergias medicamentosas. Vacunación de acuerdo a la edad. Se realiza tira reactiva de orina dentro de la valoración inicial, que resulta patológica motivo por el cual se deriva al servicio de urgencias del hospital de referencia. Le repiten la tira reactiva sin cambios respecto a la realizada en el CAP, se envía a domicilio y controles posteriores por Atención Primaria. Reconsulta a las 12 horas por persistencia del dolor y astenia. Analítica desde el CAP de urgencias, obteniendo los resultados la misma tarde, evidenciándose proteinuria en rango nefrótico por lo cual se deriva nuevamente a urgencias del hospital de referencia para ampliación del estudio.

**Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias:** Afebril. TA: 94/62 mmHg. Buen aspecto general. Orofaringe: discretamente hiperémica. No adenopatías laterocervicales, axilares ni inguinales. Abdomen: blando, con dolor a la palpación en hemiabdomen superior, sin megalias, sin masas, peristaltismo normal, puño percusión bilateral negativa. No edemas. Tira reactiva en el CAP: hematíes: +++, proteínas: +++, resto negativo. Glucemia: 89 mg/dl. Analítica del CAP: hemograma, bioquímica, función renal: normal. TSH: normal. Paul-Bunell: negativo. Sedimento de orina y urocultivo: normal. Albúmina: 788,5 mg/dl, albúmina/creatinina: 1.037,46 mg/g creat. Tira de orina: proteína: 100 mg/dl.

**Judici clínic/Juicio clínico:** Se deriva a urgencias de hospital de referencia para ampliar estudio. Analítica de urgencias: hemograma y función renal: normales. Hipoproteinemia (5,2 g/dl) e hipoalbuminemia (2,8 g/dl). Equilibrio venoso: normal. Faringotest: negativo. Cultivo de frotis faríngeo: normal. Albúmina: 4.354,9 mg/L, Albúmina/creatinina: 4.632,83 mg/g creat. Proteína en orina: 6,32 g/L. Índice proteína/creatinina: 6.723,4 mg/g. Osmolaridad: 916 mOsmol/kg, IgA, IgG y IgM: normales. C3/C4: normal. Anticuerpos antinucleares: negativo. Serologías de hepatitis B y C: negativas. Sedimento de orina: normal. Rx de tórax: normal. Ecografía renal: sin alteraciones. Debido a la proteinuria en rango nefrótico con hipoproteinemia e hipoalbuminemia se ingresa para control clínico y evolutivo. En ingreso presiones arteriales correctas, afebril, no edemas, no aumento de peso. Diuresis conservada. Es dado de alta con tratamiento pautado de prednisona 60 mg/día. Se programa control en cuatro semanas. Analítica de control (1mes): hemograma, función renal, Ionograma: normales. Albúmina: 4,3 g/dl, PCR: 1 mg/dl, Osmolaridad: 292 mOsmol/kg. Orina: proteína: 2,99 g/L, índice proteína/creatinina: 3,6.

**Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial:** Síndrome nefrótico. Glomerulonefritis postinfecciosa. Lupus eritematoso sistémico. Nefropatía purpúrica. Nefropatía diabética. Neoplasia. Uropatía obstructiva. Litiasis renal.

**Comentari final/Comentario final:** El síndrome nefrótico idiopático (SNI) es la glomerulopatía primaria más frecuente en pediatría. La edad de aparición es entre 2 y 8años, máxima incidencia entre los 3 y 5 años. Causas frecuentes del SNI son cambios mínimos y glomeruloesclerosis focal y segmentaria. La biopsia renal no está indicada en todos los casos. Los corticoides son la base del tratamiento. Rituximab se reserva como terapia de rescate.

### Bibliografia/Bibliografía

Bereket G, Bozdogan G, Saribeyoglu E, Arapoglu M, Serteser M, Celiker A. Use of urinalysis as a screening tool for asymptomatic infants. *J Paediatr Child Health*. 2013;49:458-61.

Gagnadoux MF. Evaluation of microscopic hematuria in children. UpToDate, 2013.