



# Caso clínico. Nefrología

## Detección de proteinuria, no todo es un problema renal

Inés Romagosa Sánchez-Monge<sup>a</sup>, Belén Salinas Salvador<sup>a</sup>,  
David Molina Herranz<sup>a</sup>, Amelia Moreno Sánchez<sup>a</sup>, Cristina Bardella Gil<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MIR Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

<sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. CS Ruiseñores. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:  
24-marzo-2022

Inés Romagosa Sánchez-Monge:  
[inesromagosa@gmail.com](mailto:inesromagosa@gmail.com)

### INTRODUCCIÓN

Se considera normal la eliminación renal de una pequeña cantidad de proteínas considerándose proteinuria significativa cuando el cociente proteínas/creatinina es  $> 0,2$  mg/mg en niños mayores de dos años ( $y > 0,5$  en niños  $< 2$  años).

La proteinuria puede ser transitoria, intermitente, ortostática o persistente. Solo la proteinuria persistente se debe considerar patológica, ya que puede constituir una enfermedad renal. Por tanto, es importante categorizar ante qué proteinuria nos encontramos y hacer estudios complementarios exclusivamente en los casos necesarios.

### CASO CLÍNICO

Niña de 12 años con enuresis primaria monosintomática que los padres relacionan con periodos de estrés. Se solicitó una glucemia de 91 mg/dl y un sedimento de orina en el que destacaban unas proteínas de 0,7 g/l con un cociente proteínas/creatinina de 0,43 mg/mg, sin otras alteraciones.

Dada la detección de proteinuria, se realiza una exploración completa en la que no se visualizan edemas, no hay aumento de peso y la tensión arterial (TA) se encuentra dentro de los límites para la edad y estatura de la paciente. Se realiza una anamnesis más exhaustiva en la que niega antecedente de ejercicio, proceso febril los días previos, vacunaciones, ni otros antecedentes.

Una vez detectada la proteinuria en una muestra, esta se debe confirmar en al menos tres muestras más y si persiste nos obliga a un estudio más completo y derivación a Nefrología.

En nuestra paciente se repitió el sedimento a las dos semanas con desaparición de la proteinuria: cociente proteínas/

creatinina 0,07 mg/mg. Ello nos orientaría hacia una proteinuria transitoria. Indagando más en los antecedentes de la paciente, recuerda que dos días antes de recogerse la primera muestra había realizado equitación durante varias horas, por lo que dado estos antecedentes sería una proteinuria transitoria idiopática (secundaria al ejercicio físico).

### CONCLUSIONES

Es importante, ante el hallazgo de una proteinuria, hacer una exploración física completa que incluya la toma de TA. Se debe repetir la toma de muestra hasta en tres ocasiones para confirmar si es persistente (y en ese caso realizar un estudio más extenso).

En nuestro caso en la segunda muestra no había proteinuria. Cuando la historia no encaja, es importante insistir en los antecedentes que han podido propiciar la presencia de proteinuria ya que, aunque en la primera visita no lo refirió, el antecedente de ejercicio físico explica la proteinuria detectada la primera vez, llegando al diagnóstico de proteinuria transitoria sin necesidad de más estudios complementarios.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

### ABREVIATURAS

TA: tensión arterial.

**Cómo citar este artículo:** Romagosa Sánchez-Monge I, Salinas Salvador B, Molina Herranz D, Moreno Sánchez A, Bardella Gil C. Detección de proteinuria, no todo es un problema renal Rev Pediatr Aten Primaria. 2022;(31):e217.