P-151

NO TODO RIÑÓN DIABÉTICO ES NEFROPATÍA DIABÉTICA: UNA ALBUMINURIA QUE OBLIGÓ A CAMBIAR EL DIAGNÓSTICO

Esteban Cremades Ramón[1], Ángela Martínez Hernández[2]

[1] *Consultorio Casa del Mar - Lo Pagán*
[2] *Centro de Salud de San Pedro del Pinatar*

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 59 años con diabetes mellitus tipo 2 de 7 años de evolución, hipertensión arterial y obesidad, en seguimiento habitual en Atención Primaria. Presentaba HbA1c estable entre 6,5-7,2%, sin retinopatía diabética conocida y función renal previamente conservada. En una revisión rutinaria se objetivó un incremento marcado del cociente albúmina/creatinina (CAC), de 42 a 1.860 mg/g en 8 meses. Recibía metformina 1000 mg/12 h, empagliflozina 5 mg/12 h, losartán 50 mg/24 h y atorvastatina 20 mg/24 h.

EXPLORACIÓN Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Presentaba PA 136/78 mmHg e IMC 30,4 kg/m². Creatinina 1,18 mg/dL, FGe 71 mL/min/1,73 m² y potasio 4,6 mmol/L. El sedimento urinario mostró hematuria microscópica. Se confirmó CAC de 2.140 mg/g y proteinuria de 3,1 g/24 h. Presentaba además albúmina sérica de 3,2 g/dL y edema maleolar bilateral. La rápida progresión de la proteinuria, la hematuria, el síndrome nefrótico incipiente y la ausencia de retinopatía hicieron cuestionar una nefropatía diabética aislada.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA Y JUICIO CLÍNICO

Desde Atención Primaria se realizó derivación preferente a Nefrología ante la sospecha de enfermedad renal no diabética. El estudio inmunológico fue negativo. La biopsia renal mostró nefropatía membranosa primaria, con positividad para anticuerpos anti-PLA2R. Se estableció el diagnóstico de nefropatía membranosa primaria asociada a diabetes mellitus tipo 2. Se mantuvo la estrategia de nefroprotección y el tratamiento cardiometabólico, iniciándose manejo específico por Nefrología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se consideraron nefropatía diabética, nefropatía hipertensiva, nefropatía IgA, glomerulonefritis secundaria y nefropatía membranosa. El incremento rápido de la albuminuria, la proteinuria de rango nefrótico, la hematuria y la ausencia de retinopatía fueron elementos de alarma frente a una nefropatía diabética aislada.

CONCLUSIONES

En una persona con diabetes, no toda albuminuria debe atribuirse automáticamente a nefropatía diabética. La revisión longitudinal desde Atención Primaria permitió identificar un cambio cualitativo respecto al patrón renal previo y reconocer varios signos de alarma que justificaron modificar la orientación diagnóstica. La detección precoz de estos hallazgos permitió una derivación preferente y el diagnóstico etiológico de una enfermedad renal potencialmente tratable. El caso destaca el valor de Atención Primaria para reconocer cuándo la evolución de una complicación aparentemente diabética deja de presentar un patrón compatible con la enfermedad habitual.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 11. Chronic Kidney Disease and Risk Management: Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4S).

CÓMO CITAR

Cremades Ramón E, Martínez Hernández A. NO TODO RIÑÓN DIABÉTICO ES NEFROPATÍA DIABÉTICA: UNA ALBUMINURIA QUE OBLIGÓ A CAMBIAR EL DIAGNÓSTICO. Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):143-144.

doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4