

Historia Clínica Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”

María Elena Ventura, Paola Codianni, María Andrea Arias, Gastón Oviedo, Graciela Vallejo

Datos personales

Nombre y apellido: C.S.

Edad: 14 años y 3 meses

Sexo: Femenino

Motivo de internación: Hipertensión arterial para estudio

Enfermedad actual

En un control sanitario escolar, esta niña tiene un registro de presión arterial de 160/100 mm Hg corroborado en dos oportunidades, sin otro dato positivo en el examen físico.

Antecedentes personales

Nacimiento prematuro (36 semanas), bajo peso para la edad gestacional (2000 g). Cesárea por sufrimiento fetal agudo.

Alimentada por sonda orogástrica con leche materna y, luego, por succión.

Progresión neuromadurativa acorde a la edad. Deambulación a los 12 meses, control de esfínteres a los 30 meses. No tuvo enuresis primaria ni secundaria.

Vacunación incompleta por falta de vacuna antihepatitis B.

Menarca a los 11 años y 6 meses; actualmente, tiene ciclos menstruales regulares.

Antecedentes patológicos

Internación en Neonatología por 12 días debido a dificultad respiratoria (sin requerimiento de asistencia respiratoria mecánica) y para recuperación nutricional. No requirió diuréticos, ni antibióticos. No tuvo hiperbilirrubinemia.

Internación a los 2 años de edad por infección urinaria febril, con mal estado general, recibió antibióticos endovenosos. No tiene estudios de la vía urinaria posteriores a este episodio.

Cefaleas frontales esporádicas, que calman con antiinflamatorios no esteroideos y no interrumpen

la actividad cotidiana, sin náuseas, vómitos ni fotofobia.

Refiere ingesta de líquidos de 2 a 3 litros por día, así como episodios de nicturia varias veces por semana.

Examen físico al ingreso

Adolescente en buen estado general, sin fiebre, hemodinámicamente compensada, eutrófica (peso 48,200 kg y talla 154 cm, ambos en percentilo 25-50), pulsos periféricos palpables y simétricos, sin edemas ni signos de sobrecarga hídrica. Abdomen sin masas palpables y sin soplos abdominales. Genitales acordes a edad, sexo y estadio madurativo.

El único dato positivo surge en el control de los signos vitales, se obtienen valores de presión arterial de 140/100 mm Hg, en ambos brazos y en sucesivos registros.

Fondo de ojo normal.

Planteos diagnósticos

Hipertensión arterial secundaria a

- enfermedad renal: nefropatía por reflujo o glomerulopatía
- alteración vascular: estenosis de arteria renal
- enfermedad endocrina: trastorno de mineralocorticoides

Hipertensión arterial esencial

Los hallazgos clínicos no son inicialmente compatibles con coartación de aorta ni con feocromocitoma.

Estudios solicitados

Orina completa: densidad 1000, proteínas ++, hemoglobina +++, sedimento normal.

Química: urea 89 mg/dl; creatinina 3,22 mg/dl, ácido úrico 8 mg/dl; calcio 9,6 mg/dl; fósforo 5,5 mg/dl; colesterol 224 mg/dl; triglicéridos 74 mg/dl; colesterol LDL 120 mg/dl, proteínas totales 8,2 g/dl; albúmina 4 g/dl.

Ionograma: sodio 142 mEq/l, potasio 4,9 mEq/l.

Hemograma: hematócrito 30 mg%, hemoglobina 10,3 g/dl, leucocitos y plaquetas normales.

Complemento y colagenograma: normales

Proteinuria de 24 horas: 438 mg/l (volumen 2540 ml): 22 mg/kg/día (significativa)

Ecografía renal: ambos riñones pequeños (80 y 90 x 30 mm: menor al percentilo 3) con poca diferenciación corticomedular, sin dilatación de la vía urinaria.

Ecocardiograma: ligera hipertrofia del ventrículo izquierdo, con función ventricular conservada.

Radiografía de huesos largos y edad ósea: normales.

Ecodoppler renal: flujometría arterial y venosa de ambos riñones conservada.

Diagnóstico al egreso

N18 Insuficiencia renal crónica (CIE-10)

I12 Enfermedad hipertensiva renal (CIE-10)

Comentario

En este caso, la insuficiencia renal crónica es secundaria a riñones displásicos (para aclarar definitivamente la etiología se requeriría una punción biopsia renal de una etapa precoz de la enfermedad, y es de escaso valor diagnóstico en el estadio actual). La hipertensión arterial secundaria es consecuencia de la nefropatía y, a la vez, es probable que haya acelerado la evolución a la cronicidad. Cabe resaltar en este caso que se han perdido dos oportunidades:

1. El estudio de la vía urinaria luego del episodio de infección urinaria. Se podría haber diagnosticado la displasia (con ecografía), con reflujo vesicoureteral o sin él (mediante cistouretrografía miccional), y actuar en consecuencia.
2. La pesquisa periódica sistemática de la presión arterial en cada control pediátrico hubiese permitido llegar al diagnóstico precozmente, y así instaurar la terapéutica de sostén adecuada para retrasar la evolución a la cronicidad.