

DIVISIÓN OBSTETRICIA SERVICIO DE TOCGINECOLOGÍA
A PROPÓSITO DE UN CASO: NEFROCALCINOSIS Y EMBARAZO

Autores: WERNER, M., Lares C., Verga V., Gomez J., Claus L.

INTRODUCCIÓN: La nefrocalcinosis es la evidencia de depósitos de calcio en el parénquima renal. Es poco frecuente y la localización de las calcificaciones se correlaciona con determinadas enfermedades. Las manifestaciones clínicas y el pronóstico dependen de la etiología. Puede ser primaria (idiopática o hereditaria), o secundaria a enfermedades autoinmunes o fármacos.

Cuando está asociada a la ATRD, mayormente vinculada a una herencia autosómica dominante, se produce hipercaliuria, hipocitraturia e hipopotasemia secundarias a la acidosis metabólica. Sin tratamiento provoca la detención del crecimiento, raquitismo y deterioro de la función renal.

Si amerita, se puede realizar un estudio genético en líquido amniótico. El diagnóstico prenatal de la ATRD permite iniciar un tratamiento precoz y prevenir la aparición de complicaciones.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 23 años, G2P1, cursando embarazo de 31,2 semanas con diagnóstico de nefrocalcinosis asociada a ATRD, sin tratamiento y escasos controles prenatales. Refiere múltiples internaciones por cuadros de hipocalcemia. Como antecedente obstétrico tuvo un hijo en el año 2020, en el cual se descartó el diagnóstico de ATRD.

Concurre a la guardia por cuadro de 48 h de evolución caracterizado por calambres en miembros superiores y face de intensidad creciente. El electrocardiograma indica ritmo irregular a expensas de extrasístoles supraventriculares con ondas T regulares. Se realiza ecografía abdominal que informa imágenes cálcicas en pirámides renales compatibles con litiasis coraliforme sin evidencia de hidronefrosis. Se interpreta el cuadro como hipocalcemia + hipocalcemia sintomática. Se indican cargas de potasio y calcio hasta normalización de ionograma, ECG y mejoría de cuadro clínico. Se realiza eco-doppler obstétrico que informa: FUC 32 sem 1910 gr Placenta Anterior G1, LA normal.

Se presenta en ateneo interdisciplinario para conocimiento del caso y estudio del recién nacido en cuanto a la posibilidad de presentar la misma condición clínica de la gestante.

Nace niño vivo de término, PAEG, Apgar 9/10. Se descarta la ATRD.

DISCUSIÓN: Dado que la ATRD puede ser hereditaria y generar alteraciones que pueden progresar a Insuficiencia renal crónica terminal, además de problemas secundarios intercurrentes (vómitos, poliuria, crisis de deshidratación, rechazo de tomas, estreñimiento, debilidad, parálisis muscular por la hipopotasemia) que afectan el crecimiento del RN, es de buena práctica realizar un diagnóstico prenatal. La ATRD tiene buen pronóstico si se diagnostica tempranamente y se inicia tratamiento alcalino para evitar las secuelas de la acidosis a largo plazo y proporcionar una mejor calidad de vida al paciente.

CASO CLINICO/CAUSUISTICA