

DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA



Daniel Mollá Belmonte (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Pedro Alcalá (Escolares)

Anamnesis y datos exploratorios relevantes

- Niña, 7 años
- Motivo ingreso: Deshidratación hipernatrémica
- Enfermedad actual: vómitos de 3 días, tos y secreciones
- Exploración física: temperatura 36 °C, tensión arterial 102/72 mmHg, glucemia 136 mg/dL

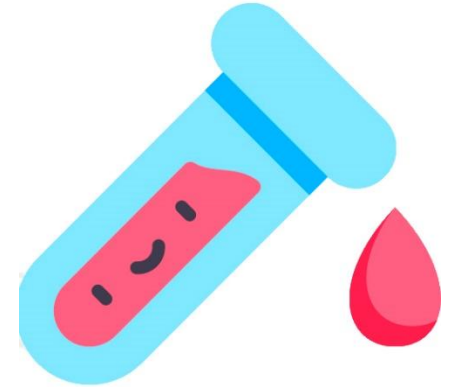


Anamnesis y datos exploratorios relevantes



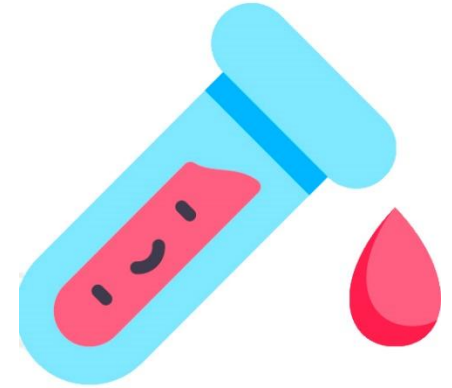
- Ojos levemente hundidos
- Relleno capilar < 2 seg. Gorelick 3
- ORL: faringe hiperémica, mucosidad
- Vómitos, epigastralgia
- Genitales: vello púbico P3, botón mamario S2
- No focalidad neurológica, no signos meníngeos

Pruebas diagnósticas



- Bioquímica: Glucosa 147 mg/dL, **Urea 355 mg/dL**, **Creatinina 2,14 mg/dL**, **Sodio 157 mmol/L**, PCR 1,9 mg/dL
- Gasometría venosa: Lactato 3,8 mmol/L
- Hemograma: Leucocitos 24,36 x 10³/uL, Neutrófilos 72,4%
- Aspirado nasofaríngeo: Rinovirus/Enterovirus humano

Pruebas diagnósticas



- Rx tórax: foco neumónico en lóbulo medio derecho
- Rx muñeca: edad ósea de 8 años
- Ecografía abdominal: riñones normales, ovarios normales, inicio de cambios puberales en útero
- Estudio endocrinológico: estudio hormonal con renina/aldosterona y androstenediona

Diagnóstico Diferencial

- Hiperplasia Suprarrenal
- Hiperaldosteronismo
- Diabetes Insípida
- Tumor Secreto Aldosterona



Diagnóstico Diferencial

- **Diagnóstico principal: Deshidratación hipernatrémica**
- Hiperplasia suprarrenal congénita: Hiperandrogenismo, pubarquia precoz, aldosterona normal.
- Hipermineralocortisismo: Renina ↑, sodio ↑, hipertensión arterial, aldosterona ↑
- Diabetes insípida: sodio ↑, poliuria
- SIADH: sodio ↓, oliguria, función renal normal

Tratamiento



- Rehidratación i.v. paulatina durante primeras 48h con bajo gradiente aporte-sodio: evitar edema cerebral
- Suero glucosado 1/3 (5% glucosa, 0,33% ClNa) + Ampolla ClNa 20%
- Amlodipino oral: 5mg (2,5 mg mañana + 2,5 mg noche)
- Amoxicilina/Ácido clavulánico iv: 100mg/Kg/día, cada 8h
- Omeprazol: 1mg/Kg/día

Evolución



- Corrección progresiva de la función renal
- Hiperglucemia y glucosuria normalizadas
- Tensión arterial > p97 normalizada al alta
- PCR normalizada al alta
- Pendiente resultados estudio endocrinológico

Bibliografía

1. Fardella B. C. Hiperplasia suprarrenal congénita. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2001 [cited 2023 May 3];72(5). Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000411.htm>
2. Latorre S, Garzón C, Manosalva G, Merchán S, Jacomussi L, Maldonado S. Hiperplasia adrenal congénita por déficit de 21 hidroxilasa: un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Repert Med Cir [Internet]. 2016 [cited 2023 May 3];25(2):79–88.

Bibliografía

3. Rodriguez A, Ezquieta B, Labarta JI, Clemente M. Recomendations for the diagnosis and treatment of classic forms of 21-hydroxylase-deficient congenital adrenal hyperplasia. An Pediatr (Barc). 2017 [citado 03 Mayo 2023]; 87(2):116.e1-116.e10
4. Matallana-Rhoades AM, corredor-Castro JD, Bonilla-Escobar FJ, Mecias-Cruz BV, Mejia de Beldjena LM. Congenital adrenal hyperplasia due to 11-beta-hydroxylase deficiency: description of a new mutation , R384X. Colomb Med (Cali). 2016 [citado 03 Mayo 2023]; 30;47(3): 172-175.

Bibliografía

5. Sanz M, Mora M, Carrascón L, Rodríguez A. Análisis del grado de sospecha clínica en pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de 21-hidroxilasa antes de la obtención del resultado del programa del cribado neonatal de la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Publica. 2020 [citado 03 Mayo 2023]; 94:e20201286

