

## CASO CLINICO 8

**INSUFICIENCIA PRERRENAL EN LA HIPEREMESIS GRAVIDICA**SAIGUA LUIZAGA, DANIELA<sup>1</sup>; CANSECO FLORES, OSCAR<sup>2</sup>**RESUMEN**

Se presenta un caso de insuficiencia prerrenal en la Hiperémesis Grávidica de una paciente de 27 años de edad, que consulta por náuseas, vómitos y oliguria de diez días de evolución. Gestación de catorce semanas. Antecedentes de un parto anterior normal. Los vómitos frecuentes e incoercibles y el compromiso del estado general motivan su consulta a servicio de Emergencias, donde detecta falla renal aguda y hipokalemia grave, que inducen a su transferencia e internación en Sala de Emergencia de Medicina Interna para su respectiva corrección y estabilización. El tratamiento ha consistido en la monitorización continua, colocación de catéter venoso central, hidratación y reposición de potasio. Provisión de antieméticos, antiácidos, administración de vitaminas del complejo B y apoyo psicológico. La evolución ha sido favorable una resueltas la falla renal y el equilibrio hemodinámico.

**ABSTRACT**

We present a case of prerenal insufficiency in the Hyperémesis Grávidica of a patient of 27 years of age, who consults for nausea, vomiting and oliguria of ten days of evolution. Fourteen week gestation. History of a normal previous birth Frequent and incoerctable vomiting and the general state compromise motivate his consultation to the Emergency Department, where he detects acute renal failure and severe hypokalemia, which induce his transfer and hospitalization in the Internal Medicine Emergency Room for their respective correction and stabilization. The treatment consisted of continuous monitoring, placement of a central venous catheter, hydration and replacement of potassium. Provision of antiemetics, antacids, administration of vitamin B complex and psychological support. The evolution has been favorable one resolved the renal failure and the hemodynamic equilibrio.

**INTRODUCCION**

La insuficiencia renal aguda (IRA) en el contexto del embarazo constituye un importante desafío clínico. Mientras que la IRA relacionada con el embarazo se ha convertido en una patología infrecuente en el mundo desarrollado, la misma continúa estando asociada con una significativa mortalidad y morbilidad a largo tiempo. El cuidado de las mujeres embarazadas con IRA es un desafío debido a que se necesitan considerar dos pacientes: la madre

y el feto. Es esencial en este contexto un enfoque multidisciplinario, con un grupo integrado por un especialista en cuidados críticos, especialista en medicina materno-fetal, nefrólogo y neonatólogo.

En los últimos años se ha producido una declinación en la cantidad de casos de insuficiencia renal aguda (IRA) relacionados con causas obstétricas. Coincidente con esta disminución, sin embargo, se han producido pocos cambios en la mortalidad total y en la morbilidad a largo plazo. Mientras que la incidencia de IRA que requiere diálisis se estima

<sup>1</sup> Médico Residente Ginecología y Obstetricia Hospital Plan Tres Mil, Santa Cruz

<sup>2</sup> Asesor. Médico Gineco-Obstetra. Servicio de Ginecología Y Obstetricia Hospital Plan Tres Mil

en menos de 1 en 10.000 a 15.000 embarazos, un reconocimiento exacto de la incidencia de grados leves de insuficiencia renal es dificultoso.

La IRA se observa más frecuentemente durante el período posparto. El decremento en la frecuencia ha sido atribuido a la disminución en el número de los abortos sépticos y a la mejoría del cuidado perinatal, incluyendo una acción rápida y agresiva en aquellas situaciones que potencialmente pueden llevar al fallo renal. Estas situaciones incluyen abruptio placentae, pielonefritis aguda, hemorragia posparto, preeclampsia y cualquier otra enfermedad que pueda producir infección sistémica, deshidratación y/o hipotensión.

Otras entidades que pueden producir IRA durante el embarazo, tales como el hígado graso agudo y la microangiopatía trombótica, afortunadamente son infrecuentes.

En adición al impacto estimado de la IRA en pacientes previamente sanas, es conocido que en mujeres con enfermedad crónica de base (creatinina sérica >1,4 mg/dl), existe un aumento significativo del riesgo de deterioro renal durante el embarazo (43%), y se estima que el 10% de las pacientes presentan un deterioro rápido y significativo de la función renal.

Conceptualmente, la IRA ha sido descrita como “un deterioro de la función renal en un período de horas o días, resultando en el fracaso del riñón para excretar los productos de desecho nitrogenados y para mantener la homeostasis de fluidos y electrolitos“. Los criterios diagnósticos específicos varían

en los distintos trabajos, al punto que J. Vincent, en un trabajo reciente, reconoció más de 25 definiciones de IRA.

Con el objeto de estandarizar estas definiciones, The Acute Dialysis Quality Initiative desarrolló un modelo para el diagnóstico de la IRA, conocido como RIFLE. La IRA ha sido dividida tradicionalmente en tres categorías etiológicas: prerrenal, renal y posrenal.

La IRA prerrenal se produce como consecuencia de una disminución de la perfusión renal. Esto puede ocurrir debido a hipovolemia, como en la pérdida aguda de sangre, plasma o líquidos biológicos; hipotensión, como en el shock séptico; o disminución del volumen minuto cardíaco, como en el shock cardiogénico.

Si no se corrige, la IRA prerrenal puede llevar a un daño renal intrínseco y a una IRA parenquimatosa.

La corrección adecuada e inmediata de la perfusión renal es la intervención terapéutica crucial que puede prevenir esta evolución y mejorar el daño a largo tiempo. La IRA parenquimatosa se produce por efectos específicos sobre el parénquima renal a través de isquemia, acción de toxinas o mecanismos inmunológicos.

La presentación de este caso de insuficiencia prerrenal en el embarazo muestra la utilidad de la intervención oportuna y decidida para corregir las causas predisponentes y condicionantes de esta patología, que la literatura muestra como poco frecuente.

## PRESENTACION DEL CASO CLINICO

**Motivo de consulta:** Náuseas y vómitos incoercibles. Oliguria. Paciente ingresa al servicio de emergencias de Ginecología con cuadro clínico de aproximadamente una semana de evolución que se inicia con náuseas y vómitos incoercibles de tipo alimenticio en más de 10 oportunidades en abundante cantidad. El cuadro se exacerba hace tres días con intolerancia oral, acompañada de disminución de la diuresis.

**Antecedentes personales:** Paciente procedente de la provincia Andrés Báñez del departamento de Santa Cruz. Internada en dos oportunidades por hiperémesis gravídica. Sin antecedentes quirúrgicos. Antecedentes gineco-obstétricos: G2P1C0A0. Parto normal hace 4 años. 27 años de edad, género femenino, ocupación ama de casa. Estado civil casada. Domiciliada en Barrio San Antonio, al sur de la ciudad.

**Evaluación al ingreso:** En Sala de Emergencias se solicitan los análisis de laboratorio respectivos, los cuales son valorados por el ginecólogo de turno, quien diagnostica falla renal aguda e Hipokalemia grave, decidiendo así su transferencia al servicio de Emergencia de Medicina Interna para su respectiva corrección y estabilización.

**Exploración física:** Paciente álgica, hemodinámicamente inestable con tendencia a la hipotensión y taquicardia, afebril, con diaforesis profusa, consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Glasgow 15/15.

Piel y mucosas hidratadas normocoloreadas. Cabeza: mormocefalia con buena implantación pilosa. Pupilas isocóricas, fotorreactivas. Cuello: Cilíndrico móvil sin ingurgitación yugular.

Tórax: Con elasticidad y expansibilidad conservada en ambos campos pulmonares. Cardíaco: Tonos cardíacos rítmicos taquicárdicos, normofonéticos. Pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares, sin ruidos agregados. Abdomen: aumentado de tamaño a expensas de útero gravídico AU: 15 cm. Genitales: sin particulari-

dades.

Llenado capilar: Menor a 2 segundos.

**Pruebas complementarias realizadas en el Servicio de Emergencias:** Se han solicitado una serie de análisis de laboratorio que se detallan en el cuadro 1.

**Cuadro 1.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS EN SERVICIO DE EMERGENCIA**

	01-04-2018	02-04-2018	03-04-2018	04-04-2018
HEMOGLOBINA	15.6 g/dl	12.6	11.6	10.5 g/dl
HEMATOCRITO	44.7 %	36.4	34.3	32.5 %
GLOBULOS BLANCOS	11.000 mm <sup>3</sup>	9.300 mm <sup>3</sup>	9.800mm <sup>3</sup>	
CREATININA SERICA	2.4 mmol/L	1.4 mmol/L		0.8 mmol/L
UREA	59 mg/dl	55 mg/dl		
SODIO	123 mmol/L	126.8 mmol/L	128.3 mmol/L	133.2 mmol/L
POTASIO	1.7 mmol/L	2.15 mmol/L	2.52 mmol/L	3.64 mmol/L
CLORO	81 mmol/L	88.3 mmol/L	91 mmol/L	98.8 mmol/L
GOT	75 U/L	50 U/L		36 U/L
GPT	68 U/L	54 U/L		32 U/L
BILIRRUBINA DIRECTA	1.2 mg/dl	0.7 mg/dl		0.1 mg/dl
BILIRRUBINA INDIRECTA	1.1 mg/dl	0.3 mg/dl		0.2 mg/dl
BILIRRUBINA TOTAL	2.3 mg/dl	1 mg/dl		0.3 mg/dl

*Fuente: Elaboración propia*

**Diagnóstico diferencial planteado en Emergencias:** Luego de evaluar al paciente y valorar laboratorio, se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Embarazo de 14 semanas
- Hiperémesis gravídica
- Insuficiencia renal aguda de etiología prerrenal
- Disturbio hidroelectrolítico
- Hipokalemia grave
- Esteatosis hepática grado I

**Tratamiento y evolución:** Se inicia recepción con monitorización continua de signos vitales. Se procede a la colocación de catéter venoso central para iniciar la rehidratación por fleboclisis a goteo. Se plantea mezcla para reponer el potasio faltante.

Se introducen antieméticos y se prescriben antiácidos. También se administran vitaminas del comple-

jo B y se proporciona apoyo psicológico permanente.

**Diagnóstico final:** Una vez evaluado por la clínica y resultados de laboratorio, se concluye que se trata de un caso cuyos diagnósticos finales son:

- Segundigesta
- Embarazo de 14 semanas
- Insuficiencia prerrenal en la hiperémesis gravídica en resolución
- Hipokalemia resuelta

## DISCUSION

La hiperémesis gravídica un cuadro que interfiere en el balance hídrico y el estado nutricional en la embarazada produciendo náuseas y vómitos incoercibles además de pérdida de peso, con frecuencia entre las semanas 6 y 16 de gestación desencadenando en una insuficiencia prerrenal.

De ahí la importancia de realizar el tratamiento oportuno y eficaz ante el cuadro que finalmente puede conducir a una necrosis tubular aguda, encefalopatía de Wernicke, desgarro de Mallory Weis y Neuropatía periférica por déficit de vitaminas B6 y B12.

Por ser de escasa frecuencia, este tipo de insuficiencia prerrenal relacionada con el embarazo debe ser tenida en cuenta en la sospecha diagnóstica frente a un paciente de pocas semanas de gestación con cuadro de vómitos incoercibles, deterioro del estado general y oliguria o oligoanuria.

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Obstetricia Pérez Sánchez cuarta edición Alfredo Pérez Sánchez; Enrique Donoso Siña.
2. Obstetricia Williams 24 edición.
3. Tratado de medicina interna Goldman – Cecil 25 edición Lee Goldman; Andrew I. Shafer volumen I.
4. Revisión de medicina interna del Johns Hopkins cuarta edición tomo I.