



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

245/17 - MANIFESTACIONES ORALES EN NIÑO CON ENFERMEDAD RENAL. UN CASO

G. Bejarano Ávila^a, E. Reyes Gilabert^b y M. Sánchez García^c

^aOdontóloga. Centro de Salud El Viso del Alcor. Sevilla. ^bOdontóloga. Centro de Salud de la Algaba. Sevilla. ^cMédico de Familia. Centro de Salud de Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: La hipercalciuria es una excreción urinaria de calcio superior a 4 mg/kg/día con una dieta normal en calcio, proteínas y sodio. La hipercalciuria idiopática sin hipercalcemia es una alteración metabólica genética del 5 al 10% de prevalencia con posibles alteraciones en la cavidad oral y otras áreas. Niña de 11 años que acude a odontología de atención primaria (AP) desde los 6. Exploración intraoral: dentición mixta 1ª fase; se le realizaban exodoncias periódicamente de dientes temporales por retardo en la erupción de los permanentes, caries e hipoplasias generalizadas del esmalte. Solicitamos Panorex: una reabsorción radicular externa. Realizamos interconsulta con su pediatra por posible enfermedad sistémica asociada. Antecedentes personales: fractura en falange, dieta normal; familiares con litiasis renal.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración no presentaba aspecto de enfermedad, dolor abdominal recidivante y poliuria. Analítica normal. Se solicitó analítica de sangre con valores normales en todas las series y niveles plasmáticos de calcio normales (8 mg/dl). En el examen de orina: niveles de calcio (CA) 25,3 mg/dl; creatinina (CR) 68,1 mg/dl; índice CA/CR 0,37 mg/mg elevado. Después de un año de seguimiento por su pediatra, se repitieron semestralmente analíticas de sangre y orina resultando únicamente elevados los índices de CA/CR (> 0,2 mg/mg). Ante la sospecha de enfermedad renal se derivó a nefrología realizándole ecografías renales y pruebas que descartaron otras enfermedades de base.

Juicio clínico: Hipercalciuria idiopática con manifestaciones orales típicas. Se realizó seguimiento en AP con recomendaciones de incremento de la actividad física y dietéticas según edad: líquidos frecuentes como agua, zumos de fruta natural o té, previniendo saturar la orina; limitar la sal; verduras con potasio; cereales integrales; reducir proteínas de origen animal y aumentar pescado azul, no restringir el aporte lácteo para evitar la osteopenia, pero evitar excesos (no más de 500 ml al día).

Su evolución fue buena manteniendo niveles bajos de calciuria.

Diagnóstico diferencial: La hipercalciuria sin hipercalcemia nos hace sospechar de otras enfermedades genéticas como la “acidosis tubular distal” o “acidosis de Albright” que cursa además con una disminución de la excreción de citrato e imagen de “granos de mijo”; o el “síndrome de Bartter”, una nefrocalcinosis frecuente asociado a sordera con alcalosis hipopotasémica o con la rara “enfermedad de Dent” asociada a proteinemia tubular.

Comentario final: La “hipercalciuria idiopática” es un defecto metabólico caracterizado por alteraciones en el transporte de calcio a nivel intestinal, renal y del hueso, que se identifica con frecuencia en la población pediátrica y, especialmente, en adultos con litiasis cálcica y osteoporosis. Este trastorno familiar es debido a diferentes combinaciones de factores genéticos y dietéticos.

Bibliografía

1. Polanco NA, Soto-Abraham MV, Rodríguez-Castellanos FE. Nephrocalcinosis and distal renal tubular acidosis in Sjögren's syndrome. *Nefrologia*. 2013;33(6):860-1.
2. Alpay H, Gokce I, Özen A, Bykl N. Urinary stone disease in the first year of life: is it dangerous? *Pediatr Surg Int*. 2013;29(3):311-6.