

**I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI**

**INFEZIONI DELLE VIE URINARIE E IPOSODIEMIA:  
PSEUDOIPOALDOSTERONISMO FINO A PROVA CONTRARIA!**

Maria Cristina Fedele, Federica Palladino, Ludovica Picciano, Raffaele Mancusi

*Università della Campania "Luigi Vanvitelli"*

*Indirizzo per corrispondenza:* [cristina.fedele90@gmail.com](mailto:cristina.fedele90@gmail.com)

Bambina di 1 anno e 2 mesi seguita presso la nostra struttura per idronefrosi destra (evidenziata già all'ecografia prenatale) con marcata dilatazione dei calici (megacalicosi), lieve dilatazione della pelvi (DAP 8 mm - pelvi intrarenale) e funzionalità renale conservata.

Giunge alla nostra osservazione per febbre (temperatura max 38,5 °C) e un esame urine positivo per nitriti e leucociti. La bambina all'ingresso si presentava in condizioni discrete.

Gli esami ematochimici mostrano leucocitosi neutrofila (Hb 12,1 g/dl, GR 4.460.000/ $\mu$ l; GB 16.280/ $\mu$ l - N 55%; L 27,6%; M 16,8% -, PCR 10 mg/dl, creatinina 0,58 mg/dl, FeNa 0,35, sodiemia 125 mEq/l, kaliemia 5,7 mEq/l, cloremia 93 mEq/l. I livelli di aldosterone e renina erano rispettivamente > 100 pg/ml e > 60 ng/ml/h. L'ecografia renale e vescicale descriveva reni in sede, di normali dimensioni ed ecostruttura (DL dx 77 mm; DL sx 70 mm). A dx si confermava l'idronefrosi di 4° grado con DAP pelvi 11,5 mm. Nel sospetto di una pielonefrite iniziamo terapia empirica con amoxicillina-acido clavulanico (80 mg/kg 3 volte al giorno). L'urinocoltura da catetere

risulterà positiva per *Escherichia coli* sensibile ad amoxicillina clavulanata.

Durante il ricovero i livelli di sodiemia si sono gradualmente normalizzati in seguito a terapia della pielonefrite e con infusione lenta di soluzione fisiologica, così come i livelli di aldosterone (Na 140 mEq/l, K 3,7 mEq/l, Cl 104 mEq/l, aldosterone 20,9 pg/ml).

Si tratta dunque di un caso di **pseudoipoaldosteronismo di tipo 1 in corso di pielonefrite**.

Lo pseudoipoaldosteronismo si verifica spesso nei bambini con infezioni delle vie urinarie o con anomalie renali. Oltre alle alterazioni elettrolitiche è caratterizzato da elevati livelli plasmatici di aldosterone e renina, dovuti all'iperattivazione del sistema renina-angiotensina II-aldosterone per la resistenza all'azione dell'aldosterone a livello del dotto collettore. Pertanto, in presenza di quadro clinico di pielonefrite con iposodiemia e iperkaliemia, bisogna sempre sospettare uno pseudoipoaldosteronismo, condizione autolimitante e che regredisce in seguito al miglioramento del quadro infettivo.