



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/619 - Insuficiencia renal aguda en paciente monorreno

S. Moreno Carrasco^a, M. Sierras Jiménez^a, E. Barbero Rodríguez^b, S.F. Morales Rincón^c y T. Vasco Roa^d

^aMédico Residente 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^bMédico Residente 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^cMédico Residente 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Zona Norte. Granada. ^dMédico de Familia. ZBS Cazorla. Cazorla.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 36 años con antecedentes personales de nefrectomía izquierda por tumor de Wilms a los 5 años, esplenectomizado y amigdalectomizado por roncopatía. Sin tratamiento habitual. Sin antecedentes familiares de interés. Acude a atención primaria por cuadro de 6-7 días de evolución de dolor abdominal difuso, con algunos retortijones, que se ha intensificado en los últimos días. Se acompaña de náuseas y episodios de vómitos de contenido alimenticio-biliosos, diarrea con 10 deposiciones al día, acuosas, de pequeña cantidad, sin productos patológicos, de coloración amarillenta. Fiebre de hasta 40,3 °C. No episodios previos. Niega ingesta de alimentos o agua en mal estado. Sobrina con cuadro autolimitado de dos días de duración de gastroenteritis aguda. Ante el mal estado general, decidimos derivación a Urgencias hospitalarias para completar estudio de forma urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Mediano estado general. Consciente y orientado en tiempo y espacio. Se objetiva deshidratación mucosa. Auscultación cardiorrespiratoria: tonos rítmicos, sin soplos audibles. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Abdomen: blando y depresible, doloroso de forma difusa, timpanizado, sin masas ni megalías, con ruidos aumentados. MMII: sin edemas ni signos de TVP. Analítica general. Destaca, hemoglobina 11,6 g/dL, hematocrito 31,3%, leucocitos 19.080, urea 164 mg/dL, creatinina 7,13 mg/dL, sodio 131 mEq/L, potasio 5,78 mEq/L, PCR > 50 mg/dL. Orina: proteínas ++, sangre ++, leucocitos 5-10/campo, cilindros granulo-hialinos abundantes. Gases venosos: pH 7,21, bicarbonato 13,8, láctico 2,2. Rx abdominal: aumento de aire en todo el marco cólico. El paciente pasa a sala de RCP con monitorización y corrección electrolítica. Se ingresa en la planta de Digestivo. Ecografía abdominal. Hígado de tamaño y ecogenicidad normales sin signos de lesiones focales. Vesícula distendida con abundante contenido de barro biliar. Vías biliares no dilatadas. Páncreas normal. Riñón derecho de 13 cm de eje longitudinal con grosor cortical conservado y buena diferenciación córtico-medular. No se aprecia dilatación del sistema excretor. Sin signos de uropatía obstructiva. Distensión de asas de intestino delgado con aumento de peristalsis. Su grosor parietal es normal. Escasa cantidad de líquido libre intraabdominal. Coprocultivo. Negativo. Toxina de Clostridium difficile. Negativa. Durante su ingreso el paciente evoluciona favorablemente, con desaparición del cuadro y tolerancia dieta oral, por lo que se procede al alta hospitalaria.

Juicio clínico: Insuficiencia renal aguda en paciente monorreno con cuadro de gastroenteritis aguda. Acidemia metabólica con hipertotassemia no toxica e hiponatremia leve.

Diagnóstico diferencial: Colon irritable.

Comentario final: Debido a la duración del cuadro, sufre una insuficiencia renal aguda con alteraciones del metabolismo. Ante un paciente con estos antecedentes, hay que prestar especial atención a los cuadros que desestabilizan la función renal, además de terapias educacionales a los enfermos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Actuación en Atención Primaria. 4^a ed. SemFYC; 2011.