



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1199 - Astenia: utilidad de la gasometría y la ecografía en urgencias

V. Rodríguez Neira^a, B. Calvo Porqueras^b, E.M. Gutiérrez Madrid^a, T. García Alonso^c, M.I. Perea Casado^d, M.C. Ramón Berenguel^b, M.M. Navarro Gonzalvo^e, A.S. Checa Sánchez^f y M. Pérez Molina^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espronceda. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Interna. Hospital San Carlos. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Carlos. Centro de Salud Espronceda. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud General Fanjul. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Carlos. Centro de Salud Campamento. Madrid. ^fEnfermera. Hospital San Carlos. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 44 años, acude a Urgencias derivado desde Centro de Salud por: astenia intensa de un mes, tiritona sin fiebre, congestión nasal y disminución de la diuresis en la última semana. Refiere pérdida de 10 kg en el último año sin asociar anorexia, clínica gastrointestinal ni diaforesis nocturna. Niega relaciones sexuales de riesgo ni consumo de sustancias tóxicas actualmente. No transfusión de hemoderivados ni DVP. Refiere situación de estrés familiar y laboral en el último año. Presentó una pérdida de 30 kg de peso hace cinco años por un episodio depresivo reactivo al fallecimiento de su hijo de 8 meses por neoplasia cerebral. Sin antecedentes familiares de interés.

Exploración y pruebas complementarias: TA 149/93 mmHg, FC 113 lpm, T^a 34,9 °C, SatO₂ 97%. Exploración física: importante deterioro del estado general, caquexia, coloración cetrina de piel, signos de deshidratación grave. Palpación de abdomen sugiere hepatomegalia de 4 traveses de dedos. Mioclonías e hiperreflexia de miembros. Gasometría venosa: pH 6,96, HCO₃⁻ 3,4 mmol/L, Na 126 mmol/L, Ca⁺⁺ 0,76. Lactato, glucosa y resto de iones normales. Anión GAP calculado 36,4. Hemograma: 18.000 leucocitos, PCR 16,30 mg/dL y procalcitonina 3,4 ng/mL. Bioquímica: creatinina 16 mg/dL, FG 2,9 ml/min, urea > 400 mg/dL, NA 129 mEq/L, K 3,5 mEq/L, Cl 96 mEq/L, LDH 1.115 UI/L, CK 851 UI/L, FA 129 UI/L, bilirrubina total 0,5 mg/dL, amilasa 275 UI/L, lipasa 133 UI/L, osmolaridad plasmática 334 mOsm/L, Ca 6,3 mEq/L, Mg 1,5 mg/dL, P 11,4 mEq/L, albúmina 4,2 mg/dL. Radiografía de tórax y de abdomen y ECG sin alteraciones.

Juicio clínico: Acidosis metabólica con potasio normal.

Diagnóstico diferencial: 1. Insuficiencia renal grave (renal VS prerrenal) con acidosis metabólica grave, normopotasemia, hipocalcemia y anión GAP elevado. 2. Patología pancreática (pancreatitis crónica).

Comentario final: Se administra bicarbonato 1M, gluconato cálcico y suero salino fisiológico; se realiza sondaje vesical obteniendo 200 cc en las primeras 4 horas y se cubre empíricamente con meropenem. Ante el fallo renal agudo y las alteraciones biliopancreáticas se decide realizar ecografía de abdomen que muestra riñones aumentados masivamente de tamaño, sustituidos por múltiples quistes de hasta 2 cm sin diferenciación corticomedular que sugieren enfermedad poliquística renal bilateral del adulto. Se solicita valoración por Nefrología para valorar realización de diálisis según evolución hasta trasplante renal.

Bibliografía

1. Grupo de trabajo de enfermedades renales hereditarias de la Sociedad Española de Nefrología. Guías de Poliquistosis Renal Autosómica Dominante. Senefro, 2015.

Palabras clave: Astenia. Acidosis. Potasio. Poliquistosis. Ecografía.