



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/4438 - UN BRONCEADO DELIMITADO

M. Martínez Hernández<sup>a</sup>, A. Fernández López<sup>a</sup>, M. Fuentes Bermejo<sup>b</sup> y R. Palacios Delgado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Cartagena.<sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla La Nueva. Madrid.<sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 68 años con antecedentes de bocio multinodular e insuficiencia renal leve no aclara da. No toma medicación habitualmente. Acude a nuestra consulta por astenia, anorexia, polaquiuria y poliuria, con pérdida de 4 kg en 2 meses y refiriendo alteraciones del hábito intestinal. Afebril en todo momento. Se realiza analítica con K de 6,9 se remite a Urgencias para confirmación y valoración.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 90/50 mmHg. ACP normal. CyC: nódulo tiroideo derecho. Abdomen: ByD, sin masas ni irritación peritoneal. Superficie cutánea zonas hiperpigmentadas. Analítica URG: Glu 83, urea 75, Creat 1,25, K 6,3, Na 137, PCR 0,8, Hb 13,9, GSV: pH 7,3, pCO<sub>2</sub> 4, HCO<sub>3</sub>- 22, Cl- 110, GAP 6,7. LAC 1. TTGK 10. Orina: nitritos y esterasa leucocitaria positivas. Bacteriuria. Rx: normal. ECG: taquicardia sinusal 120 lpm, QRS estrecho, onda T picuda. Ingreso: Analítica: PRL normal, TSH 4,1, aldosterona 5, cortisol basal 5,8, ACTH 5, renina 9,6, tiroglobulina 16,2, calcitonina 6,6. Autoinmunidad: negativa. Ausencia respuesta test ACTH. Marcadores tumorales negativos. RM cerebral: normal. Colonoscopia normal.

**Orientación diagnóstica:** Ingesta subrepticia de diuréticos, Acidosis tubular renal, Insuficiencia renal agudizada, Hipoaldosteronismo.

**Diagnóstico diferencial:** Ingesta subrepticia de diuréticos. Insuficiencia renal crónica agudizada. Nefritis tubulointersticial. Acidosis tubular renal tipo IV. Masa hipofisaria. Hiperprolactinemia. Hipotiroidismo grave. Hipoaldosteronismo. Síndrome poliglandular autoinmune. Enfermedad de Addison.

**Comentario final:** Es importante confirmar los hallazgos analíticos casuales, así como remitir de forma urgente antes de confirmar en caso de valores críticos con concordancia crítica.

### Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.

**Palabras clave:** Hiperpotasemia. Acidosis tubular renal. Hipoaldosteronismo.