



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/395 - GASTROENTERITIS QUE SE COMPLICAN

J. Villar Ramos<sup>a</sup>, A. Altadill Bermejo<sup>b</sup>, V. Pérez Villacorta<sup>c</sup> y A. Gutiérrez Pérez de Lis<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Sierrallana. Santander. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 66 años que acude al centro de salud por deterioro del estado general y episodio presincope. Refiere cuadro de diarrea líquida, profusa sin productos patológicos desde hace 5 días. Disminución del ritmo de diuresis. No dolor torácico. Refiere haber seguido tomando su medicación habitual (anti HTA y antidiabéticos orales). Niega ingesta de AINEs. Ante la sospecha diagnóstica y las complicaciones que podría ocasionar el cuadro se decide derivar al hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Ta 112/67. FC 87. FR 17. T<sup>a</sup> 36,5 °C. SatO<sub>2</sub> 98. Palidez cutánea. AC rítmico sin soplos AP MVC. Abdomen blando, depresible, no doloroso. EEII no edemas, no datos de TVP. ECG: RS con Fc de 85 lpm, QRS estrecho. Analítica: glucosa 78, urea 159, creatinina 6,83, FG 8,11, Na 124, ácido úrico 9,4, colesterol 64, HDL-colesterol 15, LDL-colesterol 32, PCR 0,9. No anemia, leucocitosis, ni alteraciones en la coagulación. Sedimento 7-10. Leucocitos. 1-3. Hematíes. Abundantes uratos amorfos. GsV: pH (v) 7.22, pCO<sub>2</sub> (v) 33,8 mmHg, HCO<sub>3</sub> (v) 13,2 mmol/L. Rx tórax: sin condensaciones. Eco en urgencias no reglada: riñones de tamaño y morfología normal, sin litiasis ni dilatación. Hemocultivo: negativo. Dos episodios de pérdida de consciencia durante la noche con mioclonías acompañantes coincidiendo con cifras de glucemia de 50 precisando para mejorar glucosmon y glucagón. TC cerebro sin contraste: no se identifican signos de isquemia o hemorragia intracraneal aguda, ni evidencia de lesiones expansivas.

**Orientación diagnóstica:** Gastroenteritis aguda. FRA secundario a deshidratación. Acidosis metabólica. Hiponatremia. Mioclonías secundarias.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia renal. Proceso cerebral.

**Comentario final:** Las diarreas agudas son frecuentes (gastroenteritis víricas) siempre debemos tener en cuenta la posible deshidratación. La gravedad puede estar relacionada con la deshidratación confirmada por las pruebas de laboratorio, tendencia a la hipernatremia, a la acidosis, a la hipopotasemia, a la insuficiencia renal funcional. Nuestro paciente presenta una insuficiencia renal aguda caracterizado por un descenso rápido y sostenido del FG. Puede resultar como consecuencia de cualquier trastorno que comporte una hipovolemia verdadera y/o una reducción en el volumen arterial efectivo, como sucede en situaciones de deshidratación.

### Bibliografía

1. KDIGO Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury. Kidney Int. 2012.

2. Pascual J, Ponte B, Liaño F. Fracaso renal agudo prerrenal. En: Hernando Avendaño, ed. Nefrología clínica. Madrid: Panamericana S.A., 2009.

**Palabras clave:** Deshidratación. Gastroenteritis. FRA.