

347/3307 - SED Y CANSANCIO EN PACIENTE ANCIANO

C. López Ruiz^a, A. Reclusa Gutiérrez^b, C. Serrano Aguado^c y A. Torres Ugarte^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Francia. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 70 años que acude a consulta por sequedad y “amargor” bucal, con astenia intensa, sin anorexia ni pérdida de peso de una semana de evolución. Refiere polidipsia y poliuria, sin polifagia. AP: HBP en tratamiento con omnic ocas. SB: IABVD, vida activa (realiza deporte todos los días). Se decide derivar al hospital por notar gran DEG del paciente y clínica compatible con posible situación hiperosmolar.

Exploración y pruebas complementarias: TA 158/68, 62 lpm. EF normal, excepto: palidez cutánea, sequedad de piel y mucosas. Pulso pedio izquierdo más débil que el derecho. Analítica: Hb 12 g/dl, creat 2,86 mg/dl, urea 64 mg/dl, FG 22 ml/min. Un año antes la función renal era normal. Sistemático de orina: normal. ECG: ritmo sinusal, sin alteraciones.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia renal aguda prerrenal. Se le administró sueroterapia intensiva y furosemida sin mejoría de la función renal.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia renal aguda obstructiva. Insuficiencia renal aguda por trombosis de arteria renal. Insuficiencia renal crónica. Calculamos EFNa > 1,85% (a favor de causa obstructiva). Se realizó TAC urgente en que se visualizó tejido de partes blandas que producía atrapamiento de ambos uréteres condicionando dilatación retrógrada grado II-III/IV en el derecho y III/IV en el izquierdo, donde se visualiza atrofia renal. Hallazgos compatibles con fibrosis retroperitoneal vs linfoma.

Comentario final: A menudo la sintomatología en el paciente anciano es larvada y puede retrasar el diagnóstico de patologías agudas. En Atención Primaria, tenemos a nuestro favor que tenemos un seguimiento más cercano de nuestros pacientes y podemos identificar con mayor rapidez un cambio en el estado de su salud. Por otro lado, la insuficiencia renal con gran frecuencia es un hallazgo casual en las analíticas del paciente anciano, lo cual no exime de derivar para estudio ya que algunas de las causas son reversibles. En determinados pacientes con una insuficiencia renal leve o que identifiquemos un posible desencadenante (con frecuencia es de origen farmacológico), podemos empezar suprimiendo las posibles causas y realizando seguimiento analítico.

Bibliografía

1. Anaya Fernández S, Vozmediano Poyatos C, Rivera Hernández F. Síndromes clínicos en nefrología. Nefrología al día 2012;doi: 10.3265/Nefrologia.2010.pub1.ed80

2. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Insuficiencia renal aguda. Sed. Anciano. Obstructiva. Prerrenal.