

424/253 - PRUEBAS COMPLEMENTARIAS QUE NO SON INOCUAS

M. Miralles Pérez¹, A. Antón Martínez², J. Torrecilla Sequí³ y M. González Navarro⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. Pozo Aledo. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. ³Médico de Familia. Centro de Salud Torre Pacheco Oeste. Murcia. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 73 años que acude a consulta por importante astenia y disminución importante de la ingesta así como de la cantidad y frecuencia miccional (oliguria) desde hace 6 días. Presenta importante clínica catarral asociada a tos no productiva, sin fiebre termometrada. AP: HTA. Qx: Hemicolectomía derecha hace 9 meses por adenocarcinoma de recto. Postoperatorio tórpido por infección de herida quirúrgica. En seguimiento en CCEE de Cirugía General quien solicitó TAC abdominopélvico con contraste intravenoso realizado 4 días antes por sospecha de fistula enterocutánea.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, normotenso, taquipneico, SatO2 100%. Deshidratación cutáneo-mucosa. Abdomen: herida de laparotomía media con signos flogóticos en tercio inferior. Resto anodino. ECG: FA con frecuencia ventricular media a 70 lpm, bloqueo de rama derecha. Ondas T picudas. Indicamos hidratación importante y solicitamos analítica sanguínea preferente con hemograma, bioquímica y orina. Al día siguiente nos llaman de laboratorio con resultados en analítica de Cr 6 mg/dL, K 8,5 mEq/L y acidosis metabólica con pH de 7,1 (valores casi incompatibles con la vida). Proteinuria.

Orientación diagnóstica: Buscamos afectación renal por una nueva recidiva neoplásica o enfermedad sistémica.

Diagnóstico diferencial: Nefropatía por contraste. Shock séptico.

Comentario final: Ante los hallazgos de fracaso renal agudo contactamos con el paciente a quien indicamos que acuda al servicio de urgencias hospitalarias inmediatamente. Ingresó en la UCI con canalización de vía central de acceso periférico y fluidoterapia con bicarbonato 1/6 M y perfusión con suero glucosado con insulina. Tras varios días se estabilizó por completo con buena ingesta de líquidos, antibioterapia y buena evolución en planta, siendo dado de alta con diagnóstico de insuficiencia renal prerrenal (baja ingesta de líquidos) con nefropatía por contraste secundaria. Este caso clínico nos muestra la importancia de una buena prevención y posterior hidratación a la hora de realizar cualquier prueba que incluya contraste yodado.

Bibliografía

- Heras Benito M, Garrido Blázquez M, Gómez Sanz Y, Bernárdez Mardomingo M, Ruiz Cacho J, Rodríguez Recio FJ, et al. Incidencia de nefropatía por contraste en pacientes sometidos a tomografía computarizada: ¿qué factores la condicionan? Radiología. 2018;60(4):326-31.

Palabras clave: Contraste yodado. Nefropatía. Fracaso renal agudo.