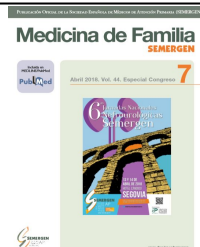




# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 330/9 - INSUFICIENCIA RENAL, IMPORTANCIA DE INVESTIGAR SU ETIOLOGÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Escobar Oliva<sup>1</sup>; O. García Castillo<sup>1</sup>; P. Marte Ramírez<sup>1</sup>; K. Salinas de la Fuente<sup>1</sup>; C. Delcor<sup>1</sup>; M. Alsina Casaldueño<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>CAP Gran Sol. UGAP Badalona 7A. Barcelona.; <sup>2</sup>Médico de Familia. CAP Gran Sol. UGAP Badalona 7A. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 71 años, no fumador, enol moderado, con HTA, anemia ferropénica crónica y síndrome depresivo. Tratamiento habitual: Enalapril 20mg, Fluoxetina 20mg y Lorazepam 1mg. Consulta en CAP por diarreas líquidas de días de evolución, en AG (analítica general) realizada se detecta Insuficiencia renal aguda de probable origen prerrenal por deplección de volumen (AG: FG 8, Creatinina 7,3 mg/dl, Urea 160 mg/dl, Na 139 mmol/L, K 5.3 mmol/L, sedimento hematíes 1-3/campo).

**Exploración y pruebas complementarias:** Es derivado a urgencias de Hospital de referencia. Reinterrogando refiere síndrome tóxico de 3 meses de evolución. Exploración general: anodina. AG: Glucosa; 98 mg/dL, Urea; 166.2 mg/dL, Creatinina; 7.31 mg/dL, Na 133.0 mmol/L, K 5.9 mmol/L Clorur; 105.0 mmol/L, uricreatinina 65.5mg/dl, uri-ión Sodio 95 mmol/l. Urocultivo negativo. TAC abdominal: hidronefrosis bilateral con litiasis ureteral izquierda y proceso neofornativo en glándula prostática y/o pared vesical con compromiso ureteral derecho. Adenopatías retroperitoneales y pélvicas. Tacto rectal: próstata de consistencia pétreo, no móvil, más prominente en el lóbulo derecho. En ingreso se realiza cateterismo ureteral izquierdo JJ 6Ch. No se visualiza meato ureteral derecho. Curso postoperatorio sin incidencias, mejoría de la función renal hasta Creatinina 1,8 mg/dl. La gammagrafía ósea no muestra lesiones. Dada la mejoría de la función renal y la estabilidad clínica se decide alta pendiente de anatomía patológica (AP) de la biopsia realizada. Valorado a la semana de alta, resultados de AP: Adeno carcinoma de próstata bilateral gleason 5+4 en LD y 4+4 en LI. Adenopatías ilíacas bilaterales. Se inicia BAC (bloqueo androgénico) y se incluye en comité de tumores para intervención quirúrgica y quimioterapia concomitante. Se inicia tratamiento alcalinizante por litiasis ureteral radiotrasparente.

**Juicio clínico:** Neoplasia de próstata con invasión a recto, vejiga y pared pelviana.

**Diagnóstico diferencial:** INSUFICIENCIA RENAL AGUDA: PRERRENAL: disminución volumen absoluto (hemorragia, deplección de volumen) o relativo (insuficiencia cardíaca, cirrosis), hipoperfusión (fallo cardíaco, shock, Iecas, Aines). PARENQUIMATOSA: vascular (vasculitis, HTA maligna, oclusión vasos), glomerular, necrosis tubular aguda, intersticial. POSRENAL: urológica/ginecológica, neoplasias, fibrosis retroperitoneal

**Comentario final:** Ante todo deterioro de la función renal, debemos poder distinguir ante qué tipo de insuficiencia renal nos encontramos e intentar descubrir su etiología mediante una historia clínica detallada, exploración física minuciosa y utilización de pruebas diagnósticas complementarias indicadas según la orientación y hallazgos.

## Bibliografía

Tenorio M.T, Galeano C, Rodríguez N, Liaño F. Diagnóstico diferencial de la insuficiencia renal aguda. NefroPlus 2010; 3(2):16-32.

Brenes Bermúdez F.J, Alcántara Montero A. ¿Detección precoz o cribado en la prevención del cáncer de próstata?. Semergen 2017;43:100-8-