



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

## 452/33 - FRACASO RENAL AGUDO: PROFUNDIZANDO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

I. Vallespí Puyol<sup>1</sup>, L. Val Gil<sup>2</sup>, N. Lanau Bellosta<sup>1</sup>, C. Izquierdo Rodríguez<sup>1</sup>, P. Coomonte Túnez<sup>1</sup>, B. Valle Salazar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Sur. Zaragoza. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 78 años con antecedentes de EPOC e HTA. En tratamiento con salmeterol/fluticasona y bromuro de tiotropio. Sin alergias medicamentosas. Consulta por aumento de su disnea habitual hasta hacerse de reposo en los últimos 9 días, fiebre termometrada de hasta 38 °C y tos sin expectoración. Los días previos había presentado un proceso de infección respiratoria tratado con ibuprofeno. Oligoanuria y deposiciones diarreicas de dos meses de evolución (10 episodios al día) sin productos patológicos.

**Exploración y pruebas complementarias:** Consciente y orientado. Deshidratación de piel y mucosas. Cianosis de territorios distales. Auscultación cardiaca: rítmico a 80 lpm. Auscultación pulmonar: discreta hipoventilación generalizada, saturación de O<sub>2</sub> 94%. Taquipneico en reposo. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, peristaltismo conservado. Extremidades inferiores: no edemas. Pruebas complementarias: Analítica: hemograma: Hb 15,6, leucocitosis con neutrofilia; bioquímica: creatinina 5,94 (previa 1,3), urea 2,58, Na 127, K 4,64. Gasometría venosa: acidosis metabólica compensada. Radiografía de tórax: patrón retículo-intersticial compatible con enfisema crónico. Ecografía urinaria: riñón de tamaño y morfología normales, espesor parenquimatoso conservado, sin dilatación de cavidades excretoras ni litiasis. Resto sin hallazgos. Coprocultivo: negativo. Colonoscopia: a 10 cm del ano, tumor veloso secretor de 8 cm y en colon ascendente, pólipos planos. Anatomía patológica: adenomas túbulo-vellosos con displasia de bajo grado, con focos de displasia de alto grado en el de recto.

**Juicio clínico:** Fracaso renal agudo (FRA) prerrenal secundario a diarrea crónica por tumores vellosos en colon.

**Diagnóstico diferencial:** FRA parenquimatoso secundario al consumo de AINES vs FRA prerrenal por diarrea crónica. La buena respuesta al tratamiento con fluidoterapia intravenosa con la progresiva recuperación de la función renal hasta situarse en torno a sus cifras basales y la normalización de la diuresis apoya el diagnóstico de fracaso renal agudo de origen prerrenal.

**Comentario final:** El FRA se caracteriza por un deterioro brusco de la función renal con aumento de los productos nitrogenados en sangre (urea y creatinina). Hay que realizar diagnóstico diferencial desde 4 puntos: sindrómico (deterioro agudo o crónico), funcional (escala RIFLE), fisiopatológico (prerrenal, parenquimatoso u obstructivo) y etiológico. Tras una buena anamnesis y exploración que nos orientará al origen, la primera prueba diagnóstica a realizar es una ecografía para descartar FRA obstructivo y valorar

tamaño renal y diferenciación corticomedular. La causa más frecuente de FRA es de origen prerrenal (55%) debido a hipoperfusión renal y se caracteriza por ser reversible tras corregir la causa desencadenante.

## Bibliografía

Fisterra.com. Atención Primaria en la Red. [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [actualizada el 28 de marzo de 2018; acceso el 7 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/insuficiencia-renal-aguda/>

Erdbruegger U, Okusa MD. Etiology and diagnosis of prerenal disease and acute tubular necrosis in acute kidney injury in adults. UpToDate, 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/etiology-and-diagnosis-of-prerenal-disease-and-acute-tubular-necrosis-in-acute-kidney-injury-in-adults>

**Palabras clave:** Fracaso renal agudo. Prerrenal.