



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/2666 - MOTIVO DE CONSULTA OCULTO

J. Naranjo Muñoz<sup>a</sup>, C. Naranjo Muñoz<sup>b</sup> y A.M. Moreno Rodríguez

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud Loreto-Puntales. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 58 años que acude a su médico de Atención Primaria porque hace dos semanas sufre quemadura a nivel de MMII izquierdo con el tubo de escape de la moto que no se resuelve. Además presenta prurito concomitante a las lesiones cutáneas y refiere que últimamente ha notado una disminución de su diuresis, astenia y disnea en reposo. Antecedentes personales: no RAMC, HTA de años de evolución sin tratamiento, fumador importante. Ex-ADVP desde hace 20 años. No otros hábitos tóxicos. Intentando recopilar información sobre sus antecedentes médicos, comenta que nunca ha acudido a su médico de Atención Primaria y por lo tanto no presenta analíticas previas. Ante la clínica y la importante edematización de miembros inferiores, el paciente es derivado a urgencias hospitalarias para valoración, ingresando a cargo de servicio de Nefrología para continuar estudios.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, consciente, orientado, colaborador, disneico en reposo, TA: 160/85 mmHg, FC 80 lpm. AC: rítmico sin soplos audibles, AP: MVC con crepitantes bilaterales. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación. Globuloso con presencia de líquido, no a tensión. Miembros inferiores: edemas bilaterales con fovea hasta genitales, pulsos conservados y simétricos. Analítica: hemoglobina 6,9, 4.800 leucocitos y 81.000 plaquetas, urea 379, creatinina 21,71, sin alteraciones iónicas. Serología: VHC positivo, VHB negativo. Estudio inmunológico: negativo. Ecografía abdominal: riñones de tamaño reducido con parénquima ecogénico y escasa diferenciación cortico-medular, lo que sugiere nefropatía médica. Hígado heterogéneo de parénquima granular y contorno nodular, sin LOEs. Porta permeable y dilatada en 17 mm. Vesícula biliar con paredes engrosadas, con dos imágenes en relación con coledoclitiasis. Abundante ascitis. TAC de abdomen: se aprecia hepatopatía crónica con datos de hipertensión portal, nefropatía crónica, quiste Bosniak IIF-III de polo inferior derecho, coledoclitiasis, cardiomegalia.

**Juicio clínico:** Enfermedad renal crónica estadio V no filiada. Cirrosis hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Enfermedad renal crónica, fracaso renal agudo, cirrosis hepática, insuficiencia cardíaca.

**Comentario final:** El paciente estuvo hospitalizado en el servicio de Nefrología durante 17 días, siendo incluido en programa de hemodiálisis, donde se le transfundía hierro y eritropoyetina. Al mes del alta falleció por parada cardio-respiratoria. La enfermedad renal crónica es un problema de

salud pública importante ya que según estudios su prevalencia es aproximadamente del 10% de la población adulta, siendo considerada una enfermedad infradiagnosticada. La prevalencia en pacientes con un seguimiento periódico desde la consulta de atención primaria puede alcanzar el 35-40%. Por lo tanto es realmente importante el seguimiento e identificación de factores de riesgo, así como concienciar al paciente de ellos, ya que la HTA y la diabetes, enfermedades que encontramos en un alto porcentaje de la población adulta son las dos primeras causas de enfermedad renal crónica.

### **Bibliografía**

1. Lorenzo Sellares V, López Gómez JM. Nefrología al día. Barcelona: Grupo editorial Nefrologia; 2010.

**Palabras clave:** Enfermedad renal crónica. Cirrosis hepática. Infradiagóstico.