



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4438 - UN BRONCEADO DELIMITADO

M. Martínez Hernández^a, A. Fernández López^a, M. Fuentes Bermejo^b y R. Palacios Delgado^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Cartagena. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla La Nueva. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Mar Menor. El Algar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años con antecedentes de bocio multinodular e insuficiencia renal leve no aclarada. No toma medicación habitualmente. Acude a nuestra consulta por astenia, anorexia, polaquiuria y poliuria, con pérdida de 4 kg en 2 meses y refiriendo alteraciones del hábito intestinal. Afebril en todo momento. Se realiza analítica con K de 6,9 se remite a Urgencias para confirmación y valoración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 90/50 mmHg. ACP normal. CyC: nódulo tiroideo derecho. Abdomen: ByD, sin masas ni irritación peritoneal. Superficie cutánea zonas hiperpigmentadas. Analítica URG: Glu 83, urea 75, Creat 1,25, K 6,3, Na 137, PCR 0,8, Hb 13,9, GSV: pH 7,3, pCO₂ 4, HCO₃⁻ 22, Cl⁻ 110, GAP 6,7. LAC 1. TTGK < 10. Orina: nitritos y esterasa leucocitaria positivas. Bacteriuria. Rx: normal. ECG: taquicardia sinusal 120 lpm, QRS estrecho, onda T picuda. Ingreso: Analítica: PRL normal, TSH 4,1, aldosterona < 5, cortisol basal 5,8, ACTH < 5, renina 9,6, tiroglobulina 16,2, calcitonina 6,6. Autoinmunidad: negativa. Ausencia respuesta test ACTH. Marcadores tumorales negativos. RM cerebral: normal. Colonoscopia normal.

Orientación diagnóstica: Ingesta subrepticia de diuréticos, Acidosis tubular renal, Insuficiencia renal agudizada, Hipoaldosteronismo.

Diagnóstico diferencial: Ingesta subrepticia de diuréticos. Insuficiencia renal crónica agudizada. Nefritis tubulointerstitial. Acidosis tubular renal tipo IV. Masa hipofisaria. Hiperprolactinemia. Hipotiroidismo grave. Hipoaldosteronismo. Síndrome poliglandular autoinmune. Enfermedad de Addison.

Comentario final: Es importante confirmar los hallazgos analíticos casuales, así como remitir de forma urgente antes de confirmar en caso de valores críticos con concordancia crítica.

Bibliografía

1. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 17^a ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
2. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012.

Palabras clave: Hiperpotasemia. Acidosis tubular renal. Hipoaldosteronismo.