

EVOLUCIÓN CATASTRÓFICA DE UN CÓLICO NEFRÍTICO

Inés Beired-Val, Sagrario Balda-Manzanos

Nefrología. Hospital San Pedro. Logroño. La Rioja. España UE.

Paciente de 44 años de edad, que acude al Servicio de Urgencias por cólico renal derecho con litiasis de 5 mm a nivel del meato ureteral, ligera dilatación de vía excretora y sedimento con 10-20 leucocitos por campo y bacterias. A las 12 horas, comienza con febrícula y posteriormente shock. Ante la sospecha de sepsis de origen urinario, el Servicio de Urología coloca un cateter ureteral, obteniéndose orina purulenta. Ingresa en UMI, presentando CID con necrosis de partes acras y fallo multiorgánico, incluido fracaso renal agudo que precisó de HDFCVV. A pesar de que se inicia antibioterapia agresiva, presenta abscesos en

riñón derecho, por lo que se realiza nefrectomía. La evolución general es favorable, salvo la persistencia de fracaso renal agudo, debiéndose continuar tratamiento con hemodiálisis. El estudio histológico de la pieza de nefrectomía mostró un riñón con pielonefritis xantogranulomatosa, abscesos renales y necrosis cortical parcheada con afectación de más del 50% de los glomérulos.

Al día de hoy, la paciente ha sido incluida, cuatro meses después, en programa de hemodiálisis periódica al no recuperar función renal.

PRODUCCIÓN ECTÓPICA DE ACTH:

Ramón Saracho-Rotaehe, Ainoa Hernando-Rubio

Hospital de Galdakao. Usansolo. Galdakao. Bizkaia. España UE.

Varón de 68 años, exfumador importante desde hace 2 años, hipertenso en tratamiento desde hace 20 años, pendiente de estudio por neumología por presentar en radiografía de tórax imagen compatible con atelectasia de LSD y engrosamiento hilar derecho.

Acude al servicio de urgencias remitido por médico de atención primaria por edema facial y en extremidades inferiores y mal control de cifras de TA en el último mes presentando hiperglucemia, hipokaliemia y alcalosis metabólica severa, por lo que se decide ingreso en servicio de nefrología.

A su ingreso en nuestro servicio presenta TA: 154/95, hiperpigmentación cutánea, rubicundez facial, soplo sistólico aórtico y edema con fovea en extremidades inferiores, por lo que se comienza tratamiento con espirolactona a dosis altas, potasio e insulina y se realiza:

- Bioquímica general, hemograma y estudio hormonal: hipercortisolemia, hipokaliemia, alcalosis metabólica e hiperglucemia, resto sin interés.

- orina: cortisoluria

- TAC toraco-abdominal: proceso neoformativo en la salida del bronquio del lóbulo superior derecho, lesión hepática focal con probable origen metastático, masas suprarrenales bilaterales y múltiples adenopatías.

Ante dichos hallazgos se procede a la realización de:

- AngioRNM suprarrenal: masa suprarrenal de posible origen metastático.

- Test de supresión de cortisol: sugestivo de producción ectópica de ACTH

- Broncoscopia: confirma hallazgo de TAC, pendiente de histología.

Con la sospecha de producción ectópica de ACTH secundario a proceso neoplásico pulmonar se comienza tratamiento con ketoconazol con cierta disminución inicial de edemas, pero sin regresión completa ni control adecuado de cifras de TA.