

# Caso Clínico

---

## **MOTIVO DE INGRESO**

Mujer de 34 años que ingresa por Guardia Central por presentar debilidad muscular generalizada, intolerancia alimentaria y vómitos.

## **AEA**

Una semana antes del ingreso presentó vómitos alimenticios que no cedieron por lo que consultó al Hospital al cabo de cinco días. En ese momento se le diagnosticó infección urinaria por lo que se le indicó ciprofloxacina vía oral (500 mg c/12 horas) y se retiró a su domicilio.

Dos días después persistía con vómitos y comenzó a notar debilidad muscular en miembros superiores, que progresó y se generalizó, por lo que concurrió a la Guardia nuevamente.

Ocho meses antes del ingreso presentó un episodio de cólico renal izquierdo acompañado de signos de infección urinaria. El Servicio de Urología solicitó ecografía abdominal que evidenció ambos riñones de forma, tamaño y posición normales, Riñón Derecho: 122 mm – Riñón Izquierdo: 104 mm) con relación cortico-medular conservada. El RD mostraba dilatación pielocalicial y el RI dilatación ureteral, observándose una imagen hiperrefringente de 14 mm en la unión ureteropielica izquierdo y otra de 7,6 mm en tercio medio del mismo uréter. Vejiga sin particularidades.

Tres meses antes de la internación se realizó un Urograma de excreción que informaba ptosis renal bilateral. El RD concentraba y excretaba en forma normocrónica el medio de contraste y no revelaba alteraciones del sistema colector. El RI presentaba una imagen radio opaca de aproximadamente 18 mm de diámetro, en proyección de la unión urétero piélica; sin concentración ni excreción del medio de contraste (riñón excluido). Vejiga s/p

Dos meses antes del ingreso se le realizó litotricia extracorpórea que no resultó exitosa; tras lo cual no retornó a la consulta

## **Antecedentes Personales Patológicos:** Vitiligo

**Antec. Gineco Obstétrico:** 2 embarazos y dos partos vaginales, sin complicaciones

**Antec. Quirúrgicos:** ninguno

**Antec. Alérgicos:** no refería

**Antec. Personales Fisiológicos:** Padre con IRCT en HD (la paciente desconoce la etiología)  
2 hermanos con litiasis renal

## **Exámen físico:**

TA 120/75 FR: 18 ciclos x min

**Piel:** turgor y elasticidad conservadas. Temperatura normal, lesiones hipocrómicas.

**TCS:** Aumentado, estrías abdominales. No adenopatías palpables.

**Ojos:** Pupilas isocóricas, reactivas, conjuntivas blancas y húmedas.

**Boca:** Mucosa oral rosada y húmeda. Úvula centrada.

## Caso Clínico

---

**Tórax:** MV +, VV+, no se auscultan ruidos patológicos sobreagregados, buena mecánica ventilatoria. Corazón: R1 R2 NF, sin ruidos sobreagregados.

**Abdomen:** blando, depresible, indoloro a la palpación superficial y profunda. No visceromegalia. RHA +.

**Apto. Urinario:** Diuresis espontánea. PPRB y PRUB: negativos.

**Neurológico:** Vigil, OTE, abasia por debilidad muscular generalizada. No signos de irritación meníngea. Fuerza muscular disminuída. Hiporreflexia generalizada.

**Psiquiátrico:** labilidad emocional, llanto fácil.

### Laboratorio de ingreso:

Ph 7,17	GB 12.400 (PMN 85%)	Troponina < 0,01
PCO <sub>2</sub> : 21,8	Hb 15,5	Urea 54 mg/dl
PO <sub>2</sub> : 105,6	Hto 45,2	Creatinina 1,4 mg/dl
HCO <sub>3</sub> : 7,8	Plt 329.000	Na <sup>+</sup> 141 mEq/L
EB: -18,5	Glucemia 92 mg%	K <sup>+</sup> 2,0 mEq/L
Sat O <sub>2</sub> : 93,3	GOT, GPT y FAL VN	Cl <sup>-</sup> 118 mEq/L

### Orina completa:

Aspecto turbio, densidad 1015, reacción ácida, proteínas trazas, Hb +, cél epiteliales 2 a 3 /cpo, leucocitos 8 a 10/ cpo, piuria moderada, hematíes 2 a 3/cpo, cilindros 2 granulosos en el preparado. Gérmenes.

**ECG:** ver adjunto.

En el internado se le indicó:

- Hidratación EV a 35 gotas/min con:
  - SF 0,9% + 1 Mg + 1 K
  - Dx 5%
  - SF 0,9% + 1 Mg + 1 K
  - Dx 5%
  - SF 0,9% + 1 Mg + 1 K
- Metoclopramida

Ocho horas después el **laboratorio de control** mostraba:

Ph: 7,14	Na <sup>+</sup> 144	CPK 405
PCO <sub>2</sub> : 23,5	K <sup>+</sup> 1,7	Prot. totales 8,4
PO <sub>2</sub> : 102,2	Cl <sup>-</sup> 121	Albúmina 4,7
HCO <sub>3</sub> : 7,9	Ca <sup>++</sup> 8,4	FAL 185
EB: -19,2		
Sat O <sub>2</sub> : 95,3		

### Muestra Aislada de Orina:

Na: 96 mEq/L  
K: 12 mEq/L  
Cl: 101 mEq/L

## Caso Clínico

---

Presentó deterioro del estado de conciencia por lo que ingresó a UTI, a las 24 horas del ingreso con diagnóstico presuntivo de Poli radiculoneuritis versus trastorno metabólico.

En UTI mantuvieron el mismo plan de hidratación y tras el desarrollo de poliuria, consultan a Nefrología con el siguiente **laboratorio**:

Glucemia 91 mg/dl	Na <sup>+</sup> 139 mEq/L
Uremia 21 mg/dl	K <sup>+</sup> 3,6 mEq/L
Creatinina 0,90 mg/dl	Cl <sup>-</sup> 119 mEq/L
Uricemia 2,3 mg/dl	
Calcemia 6,1 mg/dl	
Fosfatemia 0,7 mg/dl	

### **Orina de 24 hs**

Urea urinaria: 22 gr/24 horas	Ph urinario 6,6
Creatininuria: 789 mg/24 horas	Proteinuria 1,13 gr/24 horas
Uricosuria: 710 mg/24 horas	Na <sup>+</sup> 505 mEq/24 horas
Calciuria: 1097 mg/24 horas	K <sup>+</sup> 195,4 mEq/24 horas
Fosfaturia: 615 mg	Cl <sup>-</sup> 663 mEq/24 horas
ClCr: 70 ml/min	
Diuresis: 7890 ml	
Vol min: 5,48 ml/min	
Cl Urea: 73 ml/min	

**Cuál es el diagnóstico de esta paciente?**