

Diálisis y Trasplante

Deterioro renal e hipopotasemia en anciano con diarrea crónica

Manuel Heras¹, Carmen Martín¹, Marta Calvo², Aida Isabel Molero³, Aránzazu García⁴

1. Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia.

2. Servicio de Digestivo. Hospital General de Segovia.

3. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital General de Segovia.

4. Servicio de Hematología. Hospital General de Segovia.

Sr. Director:

Las pérdidas renales ó digestivas del potasio son una causa común de hipopotasemia (1). La deficiencia de este catión, suele acompañarse de defectos funcionales y estructurales en diversos órganos y sistemas (2). En el caso del riñón, el déficit crónico de potasio, contribuye a un daño tubulo-intersticial que induce al desarrollo de una insuficiencia renal crónica, entidad conocida como "nefropatía hipokaliémica" (3). Describimos un caso de un varón con diarrea crónica, que paralelamente al empeoramiento progresivo renal presentó hipopotasemia.

Varón de 83 años, con los antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus; en el año 2007 se realizó litotricia por litiasis renal izquierda y una polipectomía; tres años después fue estudiado por el Servicio de Digestivo por diarrea de 3 meses de evolución, se realizó colonoscopia con hallazgos de diverticulosis colónica y también se hizo gastroscopia con el diagnóstico de hernia de hiato; También tenía antecedentes de síndrome depresivo. En el año 2014 ingresó por sepsis urológica. En octubre de 2016 ingresó en Urología, por crisis renoureteral derecha, con deterioro de función renal (creatinina 7,6 mg/dl), que precisó colocación de catéter doble J y fue dado de alta con una creatinina sérica de 1,7 mg/dl y potasio de 3,2 mEq/L. En ese ingreso el tratamiento habitual era inhalador de budesonida y formoterol; metformina 850 mg/día; esomeprazol 40 mg/día, mirtazapina 15 mg/día, lo-

razepam 1 mg/día, pregabalina 75 mg/día, duloxetina 60 mg/día y citrato potásico. Veinte días después del alta de Urología, acudió a Urgencias, remitido por su médico por deterioro del estado general, anorexia, astenia progresiva, sin dolor abdominal pero con aumento en el número de deposiciones diarias, aumento de nicturia y empeoramiento de la función renal con creatinina de 3,8 mg/dl y potasio de 3,3 mmol/L. La analítica urgente confirmó una creatinina de 3,1 mg/dl, y potasio de 2,6 mmol/L. La evolución analítica, suplementación de potasio y tratamientos se reflejan en la tabla. Reinterrogada a la familia, referían que se encontraba pendiente de realizar nueva colonoscopia por la diarrea crónica y que desde el último ingreso, presentaba avidez por ingerir frutas (plátanos), cuando previamente nunca había mostrado interés por esa fruta. Los coprocultivos, así como la toxina de Clostridium difficile fueron negativos. Se realizó nueva colonoscopia, con hallazgos de hemorroides internas, sin observar otra patología en ninguno de los tramos explorados, pero se tomaron biopsias parcheadas de colon, cuyo resultado mostró cambios histológicos compatibles con colitis microscópica de tipo colagena. Con este diagnóstico se indicó tratamiento con budesonida 9 mg/día, consiguiendo disminuir la frecuencia del número de deposiciones. Por otra parte, en el estudio del deterioro renal, se había solicitado un proteinograma, en el que se constató un pico monoclonal IgG/Kappa (componente monoclonal 2,6 g/dl) con proteinuria Bence-Jones positiva (0,54 g/24h). El medulograma mostró una infiltración de células plasmáticas de un 11%; la serie ósea con lesiones líticas

Dr. Manuel Heras Benito

Servicio de Nefrología. Hospital General de Segovia, 40002 Segovia

E-mail: mherasb@saludcastillayleon.es

en humero y fémur derecho proximal. Con el diagnóstico de mieloma múltiple sintomático, el día previo al alta se inició tratamiento con prednisona 25 mg/día y ciclofosfamida 50 mg/semana. En las revisiones posteriores el paciente ha mejorado clínicamente, ha desaparecido la diarrea, sin dolores óseos y sin otras incidencias, con estabilización de la función renal y normopotasemia (tabla).

En el caso que comunicamos podemos apuntar diversas causas que pudieran explicar el deterioro del funcionalismo renal: crisis renoureteral aguda, en paciente con un sustrato crónico de litiasis, que provocó un fracaso renal agudo obstructivo, el hallazgo casual de un mieloma múltiple con repercusión renal... Sin embargo, consideramos que la hipopotasemia, como consecuencia de una diarrea crónica por una colitis microscópica, en un paciente anciano, -donde las reservas corporales suelen estar disminuidas- (4), fue uno de los principales factores desencadenantes del deterioro clínico y renal de nuestro paciente. Con la normalización de la kaliemia e iniciar terapia específica con budesonida oral, se consiguió mejoría clínica y de función renal y pudo ser dado de alta. La colitis microscópica, una entidad de etiología desconocida, con una tendencia al alza en los últimos años, se manifiesta clínicamente por una diarrea acuosa crónica, fundamentalmente en mujeres ancianas, y suele acompañarse de anemia, hipoalbuminemia e hipopotasemia (5, 6, 7). En nuestro caso, tras la corrección de la kaliemia sérica e indicar tratamiento específico con budesonida (antes de haber indicado tratamiento para el mieloma múltiple), es cuando se comprobó una mejoría tanto clínica como de función renal, con posterior estabilización durante el seguimiento en consulta externa.

En conclusión, describimos una colitis microscópica, como posible causa del deterioro renal de nuestro paciente, relacionado con la hipopotasemia, cuyo tratamiento específico, permitió la desaparición de la diarrea así como mejoría clínica y estabilización de función renal.

Bibliografía

- 1 Kogika MM, De Morais HA. A quick reference on hypokalemia. *Vet Clin North Am Small Anim Pract* 2017; 47 (2):229-34.
- 2 Lindeman RD. Hipokalemia: causes, consequences and correction. *Am J Med Sci* 1976; 272:5-17.
- 3 Amoedo ML, Martín ML, Muray S, Craver L, Panadés MJ, Ramos J et al. Nefropatía hipokaliémica como presentación de un síndrome de Conn. *Nefrología* 2006; 26: 274-7.
- 4 Biswas K, Mulkerrin E.C. Potassium homeostasis in the elderly. *Q J Med* 1997; 90: 487-92.
- 5 Kingham JG, Levison DA, Ball JA, Dawson AM. Microscopic colitis-a cause of chronic watery diarrhoea. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982; 285:1601-4.
- 6 Tysk C, Bohr J, Olesen M, Eriksson S, Järnerot G. Microscopic colitis—more common cause of diarrhea than believed. Biopsies are the only way to diagnosis, drug treatment is effective. *Lakartidningen* 2005; 102:2210-4.
- 7 Pardi DS. Microscopic colitis. *Clin Geriatr Med* 2014; 30: 55-65.

		FRA	ALTA	INGRESO NEFRO				ALTA			
	2015	1/10/16	4/10/16	17/10/16	24/11/16	28/11/16	5/12/16	14/12/16	21/12/16	10/01/17	08/02/17
Cr s (mg/dl)	1,5	7,6	2,1	1,9	3,1	3,4	3,7	3,2	2,9	2,3	2,4
K s (mEq/L)	3,9	4,9	3,4	3,9	2,6	3,4	3,8	4,4	3,9	4,2	4,2
pH		7,33					7,36	7,31	7,32	7,41	
HCO ₃ ⁻ (mEq/L)		16,9					19,8	16,1	22	28,5	
Hto (%)	41	29,5	29,1	33,4	33	31	31,2	30	30,8	33,8	33,4
K u (mEq/L)		21			15		25	20			
Osm U (mOs/Kg)		444					283	211			
Suplementos de potasio+ Dieta rica K					60mEq	80mEq	50mEq	50 mEq	25mEq		
Budesonida: 9 mg/día								(+)	(+)	(+)	(+)
Prednisona 25 mg/día + ciclofosf 50mg/semana									(+)	(+)	(+)
									(+)	(+)	(+)
											(+) ciclofosf 150 mg/sem

Evolución analítica en sangre y en orina y tratamientos establecidos

FRA: fracaso renal agudo; Cr s: creatinina sérica; K s: potasio sérico; HCO₃⁻: bicarbonato; Hto: hematocrito; K u: potasio urinario; Osm U: Osmolaridad urinaria; ciclofosf: ciclofosfamida.