



HIPOALDOSTERONISMO SECUNDARIO A BUSULFÁN EN UNA PACIENTE CON LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA

Jessica Ugalde-Altamirano, Gastón Piñeiro, Lida Rodas, Miquel Blasco, Luis F. Quintana, Esteban Poch, Albert Botey
Servei de Nefrologia, Hospital Clínic, Barcelona

Introducción : El hipoaldosteronismo es un déficit aislado de aldosterona. Que ocurre por fallo en alguno de los mecanismos implicados en el estímulo, síntesis y/o secreción de aldosterona, cuya etiología puede ser múltiple, los síntomas pueden ser variados e incidiosos principalmente ante un cuadro crónico caracterizándose principalmente por hipotensión arterial, disminución del apetito, letargo, hiponatremia o hiperpotasemia. Presentamos el caso de una mujer con leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) en tratamiento con Busulfán que es derivada a nefrología por hiperpotasemia, tras estudios complementarios es diagnosticada de hipoaldosteronismo secundario probablemente a quimioterápico con mala respuesta a fludrocortisona por patología cardíaca. **Caso Clínico:** Mujer de 64 años con diagnóstico de LMMC diagnosticada en 1996, recibió hidroxiurea, interferón y arabinocidoC, trasplante autólogo de progenitores hematopoyéticos, desde hace 4 años en tratamiento con Busulfán. Derivada por hiperpotasemia asintomática persistente, a pesar de dieta restrictiva. A la exploración física TA 130/60, IMC: 22. Resto anodino. Analíticamente: Cr 0.7mg/dl, K:6.1mEq/L. Na:140mEq/L. Acidosis respiratoria parcialmente compensada pH:7.31. Bic 28mmhg. PCO2 56mmhg. Orina: proteinuria fisiológica, Ku:14mE/L. Nau:32mEq/L. Ecografía abdominal normal. Eje cortico-suprarrenal: renina:< 0.007 (N:0.5-2.3), aldosterona 5(N: <30). Cortisol plasma y orina limite bajo de la normalidad. ACTH 14 (N:10- 60). Perfil hepático, tiroideo normal. Se completa estudio con polisomnografía confirmando SAHOS grave con inicio de CPAP y diagnóstico de hipoaldosteronismo secundario iniciando fludrocortisona 0.025mg tras lo que presenta anasarca, ante sospecha de patología cardíaca se solicita ecocardiograma que confirma hipertensión pulmonar con insuficiencia tricúspidea moderada a severa por lo que se decide suspender tratamiento y control con bumetanida 1mg/24h, con buena evolución. **Discusión:** Presentamos un caso de hipoaldosteronismo secundario diagnosticado por hiperpotasemia en una paciente con tratamiento crónico con un agente alquilante relacionado con hipoaldosteronismo e insuficiencia suprarrenal, reforzando que aunque es poco frecuente se debe considerar la causa iatrogénica de patología suprarrenal.