

Escarcha urémica

Uremic frost

*Dra. Patricia Chang

*Dermatóloga, Hospital General de Enfermedades IGSS y Ángeles, Guatemala, CA

La insuficiencia renal crónica puede acompañarse de múltiples lesiones cutáneas, algunas de las cuales se asocian a las enfermedades que conllevan a la misma, por la insuficiencia renal crónica *per se*, las secundarias a los tratamientos de diálisis peritoneal, hemodiálisis y trasplante renal.

Se reporta el caso de un paciente masculino de 55 años de edad que estaba en el Servicio de Emergencia por presentar disnea y encontrarse en malas condiciones generales. Dermatológicamente, presentaba una dermatosis diseminada a tórax anterior, abdomen, axilas, cara interna de miembros superiores, y pubis, con predominio en abdomen, constituida por múltiples placas escamosas (fotografías 1-6). En cuanto al resto del examen físico, presentaba uñas de manos brillosas y palidez generalizada. Como antecedentes personales de importancia hay que señalar insuficiencia renal crónico K/DOQI V (Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification, and Stratification V), en tratamiento de hemodiálisis desde hace un año. El paciente dejó de realizarse su tratamiento hemodialítico durante 2 semanas, lo cual le provocó una descompensación, motivo por el cual fue llevado a la Emergencia del Hospital General Enfermedades de Seguridad Social (IGSS).

Los datos clínicos hacen el diagnóstico de escarcha urémica, acidosis metabólica e infección de acceso vascular. Laboratorios de ingreso nitrógeno de urea 202 mg/dl (7.0-18 mg/dl), creatinina 19 mg/dl (0.6-1.3 mg/dl), Hb 4 g/dl (11.5-14.5 g/dl), Ht 12 (33-45%), neutrófilos 92.5% (440-74%), plaquetas 59,000 (150,000-500,000), gases arteriales: pH 7.38, pCO₂ 12 mmHg (35-40 mmHg) pO₂ > 90 mmHg (134 mmHg), Na 136 mmol/L, K 7 mmol/L (3.5-5.1 mmol/L), magnesio 2.8 (1.6-2.3 mg/dl), fósforo 7.5 (2.5-4.5 mg/dl), glucosa 110 mg/dl (70-110 mg/dl), lactato 1.2 (<2 mmol/L),

cloruro, calcio y resto de la fórmula sanguínea dentro de límites normales.

El paciente falleció dos horas después de su ingreso.

La escarcha urémica consiste de cristales de urea depositados sobre la piel que generan aspecto de descamación y algunas veces es pruriginosa. Fue descrita en 1865 por Hirchsprung. Se observa en general cuando los niveles de nitrógeno de la urea son mayores a 250 a 300 mg/dl, incrementando la cantidad de urea acumulada en el sudor. Se observa en la cara, cuello y tronco, como cristales blanco-amarillentos que se disuelven rápidamente al contacto con el agua.

La escarcha urémica sigue siendo un hallazgo típico en los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal.

El tratamiento de la escarcha urémica consiste en iniciar la terapia sustitutiva. Sin embargo, el uso de humectantes y emolientes pueden contribuir a mejorar los síntomas asociados como prurito y sus complicaciones.

Debido a los tratamientos actuales de la insuficiencia renal crónica cada vez se encuentran menos casos de escarcha urémica.

Se presenta este caso debido a la poca frecuencia con que hoy se ve la escarcha urémica en esta magnitud.

REFERENCIAS

1. "Kidney Disease Outcome Quality Initiative". Am J Kidney Dis 2002;39 (suppl 1):1-266

CORRESPONDENCIA

Dra. Patricia Chang ■ pchang2622@gmail.com
Hospital Ángeles, 2^a Av. 14-74 zona 1, Guatemala, Guatemala



Fotografía 1. Panorámica de las lesiones en abdomen.



Fotografía 2 y 3. Escarcha urémica en axila y cara interna de los brazos.



Fotografía 4 y 5. Coloración blanquecina de las placas escamosas de la escarcha urémica.



Fotografía 6. Acercamiento de la escarcha urémica.