Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2807

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4053 - TETRAPARESIA AGUDA

P. Bahillo Cagigal[a], F. Mateos Chaparro[b], E. Lino Montenegro[c], P. Pascual Blasco[a], I. Mantiñan Vivanco[d] y M. Arias Lago[e]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [b]Médico Internista. Servicio de Urgencias Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años de edad, sin antecedentes de interés, valorada en visita domiciliaria por episodio de pérdida de fuerza de instauración brusca en las cuatro extremidades, sin pérdida de conciencia ni alteraciones de la sensibilidad. Niega fiebre y otras molestias.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 140/70 mmHg, FR: 22 rpm, SatO2: 100%, FC: 120 lpm, Tª 35,2 ºC. Colaboradora, somnolienta, sequedad de piel y mucosas. Buen llenado capilar. ABD: RHA presentes, blando, se palpa masa en hipogastrio móvil, no dolorosa. Puñopercusión negativa. NRL: pérdida de fuerza en las cuatro extremidades (0-1/6). No alteración de la sensibilidad. ROT presentes. Gasometría, hemograma y bioquímica: pH 6,920, HCO3: 6,1 mmol/l), Cr: 5,32 mg/dl (previa normal), urea: 287 mg/dl, Ca 6,2 mg/dl, Mg: 1,4 mg/dl, P: 12,6 mg/dl, K 1,6 mEq/l, leucocitos: 27.000 (1% metamielocitos, 4% cayados, 87% segmentados). Lactato: 5 mg/dl, procalcitonina 0,51 ng/dl, PCR: 7,2 mg/dl. Urocultivo y tóxicos en orina negativos. Rx tórax: normal.TAC abdominal: ausencia de diferenciación corticomedular en ambos riñones con engrosamiento cortical. Masa en pelvis renal polilobulada con múltiples calcificaciones que ocupa hemiabdomen inferior, compatible con útero miomatoso. RMN cevical: sin masas en cuerpos vertebrales.

Juicio clínico: Miopatía tetraparésica por hipopotasemia.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple. Mielitis transversa. Neoplasia oculta.

Comentario final: Tras hemodiálisis y reposición hidroelectrolítica, la paciente recupera la fuerza muscular. Se mantiene ingresada en estudio, con marcadores tumorales negativos, en recuperación de probable glomerulonefritis/nefritis intersticial o necrosis tubular aguda, aún sin mejoría de la función renal. El déficit de potasio se atribuye al uso de laxantes en las últimas semanas por estreñimiento. Los niveles bajos de potasio pueden causar la llamada miopatía hipokaliémica de mecanismo no bien aclarado y cuya clínica puede variar desde debilidad, hinchazón, dolor y aumento de sensibilidad hasta desarrollo de tetraparesia aguda con rabdomiolisis secundaria, además de las parálisis periódicas e incluso paradas respiratorias por afectación de los músculos respiratorios.

Bibliografía

1. Ortuño Andériz F. Paraplejia por hipopotasemia secundaria a diarrea aguda. An Med Interna (Madrid). 2002;19(2).

Palabras clave: Hipopotasemia. Tetraparesia aguda. Miopatía.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.