



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/3860 - TUBULOPATÍA EN URGENCIAS

P. Bermúdez Martí<sup>a</sup>, N. San Miguel Martín<sup>b</sup>, A. Nofan Maayah<sup>c</sup>, J. Bustamante Odriozola<sup>d</sup>, B. Coll Bas<sup>e</sup> y K. Baldeón Cuenca<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bezana. Barcelona. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. <sup>e</sup>Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Enfermedades previas: fumador de 8 cigarrillos al día; lumbociática en 2014 por hernia discal (L5-S1); Intervención quirúrgica de quiste perianal en 2010; Sin tratamiento habitual. Motivo de atención: paciente de 36 años que, desde hace unos días presenta un cuadro catarral para el que ha tomado bisolpril y un tratamiento de herbolario (con propolio y Echinacea). Previamente había acudido al servicio de Urgencias por dolor en costado derecho, a nivel de intercostales y serrato mayor, que se atribuyó a origen muscular. Se le administraron Enantyum y Celestone im y se le dio de alta con ibuprofeno oral. Al día siguiente acudió de nuevo a Urgencias por un cuadro de inicio en la madrugada de parestesias en EESS autolimitados con posterior debilidad de MSI y MMII, desviación de la comisura a la izquierda, caída del cuello a la izquierda forzada, brazos en flexión con codos y muñecas en resorte y dificultad para orinar.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes vitales: TA 117/65 mmHg; FC 90 lpm; FR 30 rpm; SatO2 96%; T<sup>a</sup> 37,9 °C. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos en el momento actual. Auscultación pulmonar: Buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: flexión lateral izquierda del cuello forzada. Asimetría facial que corrige con la distracción, moviliza las 4 extremidades, siendo imposible valorar el balance muscular por inadecuada colaboración (impresiona de paresia 2/5 en extremidades izquierdas y 3/5 en extremidades derechas), pero sin grandes asimetrías. Hipoestesia referida en hemicuerpo izquierdo. Marcha muy aparatoso sin claro patrón. ROT ++, RCP flexor bilateral. Analítica: potasio 2,5 mEq/L, sodio 141 mEq/L, fósforo 1,7 mg/dL y magnesio 1,5 mg/dL.

**Juicio clínico:** Hipopotasemia con hipomagnesemia sintomática. Probable tubulopatía distal.

**Diagnóstico diferencial:** Debilidad muscular de perfil genético (leucodistrofia, miastenia gravis...), inflamatorio (vasculitis, Guillain-Barré, polimiositis...), infeccioso (absceso cerebral, poliomielitis, VIH...), neoplásico (tumor cerebral, mieloma...), tóxico o metabólico.

**Comentario final:** En Urgencia fue valorado por Neurología y Nefrología y se ingresó en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria para tratamiento endovenoso con magnesio y control analítico.

### Bibliografía

- Miller ML. Approach to the patient with muscle weakness. Disponible en: <http://uptodates.scsalud.csinet.es/contents/approach-to-the-patient-with-muscle-weakness?source=1>

search\_result&search = debilidad%20m%C3%BAsculos&selectedTitle = 1~150?7

**Palabras clave:** Hipopotasemia. Hipomagnesemia. Déficit neurológico. Tubulopatía.