



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1485 - NO PUEDO ANDAR, ¿QUÉ ME PASA, DOCTOR?

F. Santonja Renedo¹ y M. Cano Gómez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de la Vega Lorenzo Guirao. Cieza. Murcia. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 84 años que acude a urgencias por parestesias y debilidad en miembros inferiores (MMII). Refiere mareos, sudoración profusa y haber estado expuesto a altas temperaturas. Antecedentes personales: DM2, HTA, dislipemia, insuficiencia cardiaca congestiva, estenosis aórtica, neoplasia de colon.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 98/38 mmHg. FC: 30 lpm. Temperatura: 36,8 °C. Sat. O2 al 97%. ACP: rítmico, bradicárdico, soplo sistólico. Murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos. Exploración abdominal sin hallazgos patológicos. MMII: sin edemas. Debilidad e hiporreflexia en los MMII, sensibilidad conservada. Exploración neurológica: Glasgow 14. Consciente y orientado. Pares craneales conservados. Bioquímica: glucosa: 431 mg/dL, urea: 117 mg/dL, creatinina: 2,03 mg/dL, sodio: 135 mEq/L, potasio: 7,8 mEq/L. Troponina 0,124 ?g/L. Resto de parámetros normales. ECG: ritmo nodal, bloqueo AV completo y bloqueo rama derecha. Ausencia de ondas P, ondas T altas y picudas en derivaciones precordiales, aumento del espacio PR y ensanchamiento QRS.

Orientación diagnóstica: Tras la anamnesis y exploraciones física y complementarias realizadas, se estabiliza en urgencias con normalización de función renal e iones. Se ingresa donde es diagnosticado de hiperpotasemia grave por insuficiencia renal prerrenal.

Diagnóstico diferencial: La causa más frecuente de hiperpotasemia es la insuficiencia renal. Otras causas: consumo de fármacos, liberación de potasio por destrucción tisular, defectos de la eliminación renal de potasio.

Comentario final: Presentamos un caso de hiperpotasemia grave. Esta patología es una emergencia médica, debe ser tratada inmediatamente y es criterio de ingreso. El tratamiento consiste en restringir potasio y retirar fármacos que puedan causar hiperpotasemia; además, administramos resinas de intercambio iónico, suero glucosalino hipertónico con insulina, furosemida (añadir bicarbonato cálcico si hay acidosis metabólica), gluconato cálcico al 10% y salbutamol en 100 cc SSF a pasar en 20 minutos. En el siguiente control analítico, mejoró de forma significativa.

Bibliografía

1. Vila Santos J, Apaza Chávez J. Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico. En: Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital universitario 12 de octubre, 7ª ed. Madrid; 2012. p. 911-26.

2. Jiménez Murillo L, Llamas Fuentes R, Berlango Jiménez A, Montero Pérez FJ. Hiperpotasemia. En: Compendio de medicina de urgencias. Guía terapéutica de bolsillo, 4^a ed. Barcelona: Elsevier; 2017. p. 304-5.

Palabras clave: Hiperpotasemia. Debilidad. Parestesias.