



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

## 482/866 - HIPOPOTASEMIA EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

P. Quirós Rivero<sup>1</sup>, E. Palmero Olmo<sup>2</sup> y S. González Rodríguez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella I. Coria del Río. Sevilla. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Mirador. La Rinconada. Sevilla. <sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lora del Río Virgen de Setefilla. Lora del Río. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 20 años sin antecedentes de interés que acudió a consulta de Atención Primaria por cuadro de fiebre de hasta 38 °C y dolor en fosa renal derecha y vacío derecho que se irradiaba a genitales desde esa mañana. Así mismo refería disuria, astenia y calambres a nivel de miembros inferiores desde hace varios meses que la paciente asociaba a que no realizaba deporte. Se pautó antibioterapia empírica.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. Tensión arterial 110/60 mmHg T<sup>a</sup>: 37,8 °C. Abdomen blando y depresible con puño percusión derecha positiva, dolor a nivel de vacío derecho sin signos de peritonismo. Como pruebas complementarias se solicitó: tira de orina con nitritos, leucocitos y hematies positivos. Hemograma, bioquímica con iones, destacando potasio sérico en 2,6 mEq/l. Se procedió a estudio de hipopotasemia con: gasometría venosa, estudio hormonal, renina plasmática, electrocardiograma y sedimento de orina con iones, aldosterona, destacando en los resultados: potasio 2,8 mEq/l (3,5-5,5), magnesio 0,58 mEq/l (0,7-1,05). Iones en orina: calcio 36,6 mg en 24 horas (100-250). Gasometría venosa: pH 7,45, PCO<sub>2</sub> 47 mmHg, HCO<sub>3</sub> 32 mmol/l.

**Orientación diagnóstica:** Pielonefritis aguda. Hipopotasemia con sospecha de enfermedad de Gitelman. Se deriva a Nefrología para completar estudio, los cuales confirman nuestra sospecha.

**Diagnóstico diferencial:** Causas de hipopotasemia por falta de aporte: anorexia nerviosa, vómitos y diarrea, alcoholismo, síndrome de Bartter, síndrome de Cushing, Hiperaldosteronismo, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Liddle, ingesta de regaliz y síndrome de Gitelman.

**Comentario final:** El médico de familia debe comenzar el estudio de hipopotasemia, hacer un diagnóstico de sospecha y solicitar interconsulta con compañeros hospitalarios en caso de no tener los medios para confirmar el diagnóstico. Tenemos que ser el eje central de la salud del paciente y realizar un diagnóstico diferencial amplio para su beneficio.

### Bibliografía

1. González-Lamuño D, García Fuentes M. Tubulopatías. Pediatr Integral. 2009;13:557-78.
2. Tejada Cifuentes F. Alteraciones del equilibrio del potasio: hipopotasemia. Rev Clin Med Fam. 2008;2:129-33.

**Palabras clave:** Hipocaliemia. Astenia. Síndrome de Gitelman.