



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/634 - INGESTA DE REGALIZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Gómez Bruque^a, F.J. Roquette Mateos^a, J. Segovia Rodríguez^a, J. Santos Romera^b, C. Bravo Lucena^a, F. Soriano Gómez^c, J.J. Castro Moreno^d y J.L. Almenara Abellán^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla del Pino. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud D. Rafael Flórez Crespo. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: AP: no AMC. HTA, DM tipo 2. Hipercolesterolemia arteriopatía periférica. Fumador 10 cig/día. EA: varón, 63 años de edad, que acude a Urgencias por dolor en MMII que ha relacionado con el esfuerzo (senderismo hace 7 días), que ha progresado a pesar de reposo, evidenciándose a su llegada hipopotasemia severa (K: 1,9) con CPK > 10.000. Se evidencia TA > 200/100, y al preguntarle por la TA en domicilio, refiere que siempre ha estado en 120/80 pero que últimamente no se la tomaba. Según refiere el paciente, presenta un consumo de regaliz (2-3 barras/día), desde hace 2 meses. Orina colúrica. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. COC. NH y NP. Eupneico. TA: 165/88, FC: 90 lpm, SatO₂: 96% basal. Temperatura: 36,0 °C. ACR: normal. Abdomen: normal. MMII: no edemas ni otros signos de TVP. Hemograma: leucocitos 7.400 con fórmula normal, plaquetas: 245.000, Hb: 16,1, VCM: 85. Bioquímica: glucosa: 400, urea: 24, creatinina: 0,9, Na: 140, K: 1,9, Cl: 89, calcio: 9,2, Ck: 5.897, Mg: 1,8, perfil hepático normal. Coagulación: INR: 0,96, TPAct: 100%. GSV: pH: 7,55, K: 1,6, HCO₃: 43,7, K: 2, HCO₃: 43. ECG: taquicardia sinusal a 100 lpm, sin datos de isquemia aguda. Signos de sobrecarga ventricular. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal con doppler de arteria renal: normal. PTH, metanefrinas, aldosterona y renina plasmáticas basales: normales.

Juicio clínico: Hiperaldosteronismo secundario a ingesta de regaliz.

Diagnóstico diferencial: Hiperaldosteronismo primario, hipopotasemia inducida por fármacos, HTA vasculorrenal, hiperplasia adrenal congénita, hipopotasemia por pérdidas extrarrenales.

Comentario final: El consumo mantenido de regaliz se asocia con HTA, hipopotasemia y alcalosis metabólica, con supresión de la actividad de renina plasmática y aldosterona. Su componente principal, ácido glicirrínico, inhibe la 11β-HSD2, enzima que metaboliza el cortisol a cortisona, incrementando la vida media del cortisol. Activa los receptores mineralocorticoides renales, lo que ocasiona un síndrome de pseudohiperaldosteronismo. Ante un paciente con HTA difícil de controlar e hipopotasemia, es importante realizar una detallada anamnesis (incluyendo fármacos, hábitos

alimenticios...) que nos permita orientar y llegar al diagnóstico correcto, pudiendo, en los casos más graves, salvar la vida del paciente y evitar el daño potencial de órganos diana.

Bibliografía

1. Rodríguez García JL, et al. Diagnóstico y tratamiento médico. Madrid, Marbán, 2010.
2. Jiménez Murillo L, coord. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación, 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2010.

Palabras clave: *Hipopotasemia. Hipertensión. Regaliz.*