



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/215 - HIPERPOTASEMIA SECUNDARIA A IECAS

J. Redondo Jañez<sup>a</sup>, M. Menéndez Argüelles<sup>a</sup>, P. Zamora Yeves<sup>b</sup>, L. Gálvez García<sup>c</sup>, C. Cañal Suárez<sup>d</sup> y A. Cordero Díaz<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Roces-Montevil. Gijón. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Gijón. Asturias. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Contrueces. Gijón. Asturias.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 77 años que acude a consulta por cuadro de debilidad en MMII de dos semanas de evolución con empeoramiento en las últimas 24 horas, dificultad para la bipedestación y deambulación. No parestesias ni disestesias. No otra clínica. Traumatismo sobre cadera y rodilla izquierdas hace tres días. Tres semanas antes se añadió enalapril/htz 25/12,5 mg al tratamiento crónico. Antecedentes personales: NAMC. Independiente. Vida activa. HTA, no diabetes ni dislipemia. Insuficiencia mitral leve, asma bronquial. Celulitis en MID con IRA que alcanzó cifras de Cr de 4,5 en 2014 (Cr basal en torno a 1,5). NOIA ojo izquierdo 2016. Tratamientos crónicos: Disgren, Montelukast, pentoxifilina, salbutamol a demanda. Enalapril/HTZ.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 126/64, fc 75 lpm. Afebril. Normocoloreada, normohidratada. Eupneica. AC: rítmica sin soplos. AP: MVC sin sobreañadidos. Exploración neurológica normal. EEII sin edemas ni signos de TVP, fuerza conservada, pulsos distales presentes. No dolor a la palpación de apófisis espinosas lumbares, caderas libres. Analítica: hematimetría normal. Bioquímica: Cr 1,68, Na 133, K 8,3, PCR 1,6. ECG: ritmo sinusal, no alteraciones de la repolarización. Rx tórax, rodilla izquierda y caderas: Sin signos de patología aguda. Cortisol a.m 21,46.

**Juicio clínico:** Hiperpotasemia grave secundaria a toma de IECAs.

**Diagnóstico diferencial:** Insuficiencia suprarrenal. Insuficiencia renal aguda. Mieloma.

**Comentario final:** Se trata de una mujer de 77 años que acude a consulta por un cuadro de instauración progresiva de debilidad en miembros inferiores, no nos parece de origen neurológico por lo que se solicita analítica y pruebas de imagen para orientar el diagnóstico. Con el resultado de la analítica se envía a la paciente a urgencias hospitalarias al tratarse de una hiperpotasemia grave que parece secundaria a la introducción del IECA. Tras permanecer tres días ingresada a cargo de Nefrología, las cifras de K mejoran con administración de medicación hipopotasemiante y retirada de IECA siendo dada de alta con un K 4,4 y función renal estable. El caso ilustra la importancia de tener en cuenta los posibles efectos secundarios de los fármacos que pautamos y sospechar este origen ante diferentes síntomas.

## **Bibliografía**

1. De Sequera Ortíz P, Alcázar Arroyo R. Alteraciones del potasio. En: Lorenzo V, López Gómez JM, eds. Nefrología al Día. Disponible en:  
<http://www.revistanefrologia.com/es-monografias-nefrologia-dia-articulo-trastornos-del-potasio-20>

**Palabras clave:** Hiperpotasemia. IECA. Potasio.