



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/998 - DOCTOR, NOTO CALAMBRES.

I. Morales Hernández<sup>1</sup>, M. García Castelblanque<sup>1</sup>, Á. Sicilia Camarena<sup>1</sup> y J. Martínez Ballabriga<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almozara. Zaragoza. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 57 años, en toma de diurético por edemas en EEII tras embarazos, que acude a consulta por episodios recurrentes y autolimitados en las últimas semanas de dolor intenso y rigidez en ambas manos de minutos de duración sin antecedente traumático ni sobreesfuerzo. En algunos de los episodios, se acompaña de parestesias. Ha tomado analgesia sin mejoría clínica clara. No alteraciones del lenguaje ni de la marcha. No desviación de comisura facial. No vómitos ni diarrea. No otra sintomatología acompañante.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC: 67 lpm, T<sup>a</sup>: 35,60 °C, SatO<sub>2</sub>: 94. Consciente y orientada. Normocoloreada y normohidratada. Eupneica. Posición distónica de ambas manos en rotación interna, rígidas y flexionadas, que se extienden de forma pasiva, aunque dolorosa. Exploración neurológica: Glasgow 4-5-6. No se detectan alteraciones del lenguaje. Pares craneales sin alteraciones. Fuerza y sensibilidad conservadas. No se observan disimetrías. Estabilidad y marcha sin objetivar alteraciones. Se realizan las siguientes pruebas: ECG: ritmo sinusal a 58 lpm. PR < 0,20, QRS estrecho. No alteraciones de la repolarización. Analítica de sangre: EAB: pH 7,43, pCO<sub>2</sub> 47, Bicarbonato 31,2, Exceso de base 5,8. Hemograma: sin alteraciones significativas. Bioquímica: K 2,7, Na 135, Cl 93, Glu 104, Urea 44, Cr 1,31, CK 589, resto sin alteraciones. Rx manos: No lesiones óseas agudas.

**Orientación diagnóstica:** Hipopotasemia moderada.

**Diagnóstico diferencial:** Desnutrición, vómitos, diarrea, laxantes, toma de diuréticos del asa o tiazidas, hiperaldosteronismo primario.

**Comentario final:** Ante la presencia de calambres musculares, se debe realizar un diagnóstico diferencial amplio, que tenga en cuenta trastornos hidroelectrolíticos, neurológicos y, por supuesto toma de fármacos. En nuestro caso, se objetivó una hipopotasemia posiblemente desencadenada por la toma de diuréticos, por lo que se debe ajustar su tratamiento habitual e iniciar tratamiento con cloruro potásico. En caso de ser acompañadas de acidosis metabólica, se prefiere el uso de bicarbonato potásico + ácido ascórbico. Una vez realizadas dichas modificaciones, es recomendable la realización de una nueva analítica de forma ambulatoria en dos semanas aproximadamente.

## Bibliografía

1. Librizzi MS, Auñón P, Torralba A. Trastornos del equilibrio hidroelectrolítico. Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Fluidoterapia. En: Suárez Pita D. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre, 8ª ed. Madrid: MSD, 2016. p. 1136-1140.

**Palabras clave:** Hypokalemia. Calambre.