



242/3860 - TUBULOPATÍA EN URGENCIAS

P. Bermúdez Martí^a, N. San Miguel Martín^b, A. Nofan Maayah^c, J. Bustamante Odriozola^d, B. Coll Bas^e y K. Baldeón Cuenca^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Bezana. Barcelona. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Centro-Isabel II. Cantabria. ^eMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cabezón de la Sal. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Enfermedades previas: fumador de 8 cigarrillos al día; lumbociática en 2014 por hernia discal (L5-S1); Intervención quirúrgica de quiste perianal en 2010; Sin tratamiento habitual. Motivo de atención: paciente de 36 años que, desde hace unos días presenta un cuadro catarral para el que ha tomado bisoprolol y un tratamiento de herbolario (con propolis y Echinacea). Previamente había acudido al servicio de Urgencias por dolor en costado derecho, a nivel de intercostales y serrato mayor, que se atribuyó a origen muscular. Se le administraron Enantyum y Celestone im y se le dio de alta con ibuprofeno oral. Al día siguiente acudió de nuevo a Urgencias por un cuadro de inicio en la madrugada de parestesias en EESS autolimitados con posterior debilidad de MSI y MMII, desviación de la comisura a la izquierda, caída del cuello a la izquierda forzada, brazos en flexión con codos y muñecas en resorte y dificultad para orinar.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales: TA 117/65 mmHg; FC 90 lpm; FR 30 rpm; SatO₂ 96%; T^a 37,9 °C. Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos en el momento actual. Auscultación pulmonar: Buena ventilación bilateral sin ruidos sobreañadidos. Exploración neurológica: flexión lateral izquierda del cuello forzada. Asimetría facial que corrige con la distracción, moviliza las 4 extremidades, siendo imposible valorar el balance muscular por inadecuada colaboración (impresiona de paresia 2/5 en extremidades izquierdas y 3/5 en extremidades derechas), pero sin grandes asimetrías. Hipoestesia referida en hemicuerpo izquierdo. Marcha muy aparatosa sin claro patrón. ROT ++, RCP flexor bilateral. Analítica: potasio 2,5 mEq/L, sodio 141 mEq/L, fósforo 1,7 mg/dL y magnesio 1,5 mg/dL.

Juicio clínico: Hipopotasemia con hipomagnesemia sintomática. Probable tubulopatía distal.

Diagnóstico diferencial: Debilidad muscular de perfil genético (leucodistrofia, miastenia gravis...), inflamatorio (vasculitis, Guillain-Barré, polimiositis...), infeccioso (absceso cerebral, poliomielitis, VIH...), neoplásico (tumor cerebral, mieloma...), tóxico o metabólico.

Comentario final: En Urgencia fue valorado por Neurología y Nefrología y se ingresó en la Unidad de Alta Resolución Hospitalaria para tratamiento endovenoso con magnesio y control analítico.

Bibliografía

1. Miller ML. Approach to the patient with muscle weakness. Disponible en:
http://uptodate.scsalud.csinet.es/contents/approach-to-the-patient-with-muscle-weakness?source=search_result&search=debilidad%20m%C3%BAsculos&selectedTitle=1~150η7

Palabras clave: Hipopotasemia. Hipomagnesemia. Déficit neurológico. Tubulopatía.