



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/3552 - ¡NO PUEDO MOVER LAS PIERNAS!

M. Orellana Beltrán^a, G. Navarro Lorenzo^b y N. Moya Quesada^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pechina. Almería. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huercal de Almería. Almería. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen del Mar. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años sin patología previa que acude a consulta refiriendo debilidad en ambas piernas con dificultad para la marcha de horas de evolución que fue progresando a tronco y MMSS. En horas previas cuadro de vómitos y diarrea autolimitado tras haber comido en una hamburguesería, seguido de episodio de urticaria. Niega disminución de la sensibilidad o relajación de esfínteres. No fiebre. No cefalea. No dolor torácico ni palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente consciente y orientado, afebril, TA 100/60, bien hidratado, ACR y abdomen normales. Neurológicamente: Glasgow 15, curso del lenguaje y el pensamiento conservados, pupilas isocóricas normorreactivas, no afectación pares craneales. Reflejos osteotendinosos simétricos aunque disminuidos, así como la fuerza muscular (2/5) de miembros, con claudicación e imposibilidad para la bipedestación. No alteración sensitiva. En analítica sanguínea: glucosa y función renal normales, sodio 138, potasio 1,9, PCR 0,14, mioglobina 178, CPK 363, hemograma y coagulación normales, pH 7,48. Analítica de orina normal con potasio < 20 mEq. En EKG se aprecia aplanamiento de onda T.

Orientación diagnóstica: Tetraparesia secundaria a hipopotasemia grave por pérdidas extrarrenales.

Diagnóstico diferencial: Parálisis periódica hipocalémica, hiperaldosteronismo, enfermedad tubular renal, síndrome de Fanconi, diuréticos, hiperinsulinismo, síndrome de Guillain Barré, miastenia gravis, esclerosis múltiple, alteración cerebrovascular, celiaquía, síndrome del intestino corto, miopatía...

Comentario final: Se trató al paciente con perfusión lenta de cloruro potásico intravenoso diluido en suero fisiológico con lo que el paciente mejoró de forma progresiva hasta encontrarse asintomático. La hipopotasemia grave es una urgencia médica en la cual predominan los síntomas neuromusculares, que afectan más a extremidades inferiores y respetan los músculos craneales (parestesias, hiporreflexia, tetania, parálisis ascendente simétrica con conservación del estado de conciencia...) así como manifestaciones cardíacas (arritmias) aunque pueden aparecer también rabdomiolisis, mioglobinuria, diabetes insípida nefrogénica y alcalosis metabólica. Las causas más frecuentes son vómitos, diarrea y uso de diuréticos, pero no podemos olvidarnos de hacer un buen diagnóstico diferencial para descartar causas más graves.

Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012.
2. Rose BD. Homeostasis del potasio. Clinical Physiology of acid-base and electrolyte disorders, 5th ed, Mc Graw-Hill, New York, 2001.

Palabras clave: Hipopotasemia. Paresia. Pérdidas extrarrenales.