Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2263

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1050 - DOCTOR, ¿QUÉ ME PASA?

E. Velásquez González[1], G. Ferreiro Gómez[2], E. Pastranes Zhilin[3] y S. Macías García[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada III. León. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital El Bierzo. León. [4]Médico de Familia. Hospital El Bierzo. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 83 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, hipertensión, hipercolesterolemia, insuficiencia cardiaca y bronquiectasias; que se encontraba en estudio por parte del Servicio de Digestivo por ascitis secundaria a hepatopatía. Por este último motivo iniciaron tratamiento con espironolactona. Consultó por pérdida de fuerza en extremidad inferior izquierda de 48 horas de evolución, náuseas sin vómitos y sensación de mareo. No refería sensación de disnea ni dolor torácico, no antecedente de traumatismo y no ha tenido fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca: rítmico, no soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Extremidades inferiores: no edemas ni signos de trombosis venosa profunda. Abdomen: anodino. Exploración neurológica: pares craneales sin alteraciones, pupilas isocóricas normorreactivas, no alteraciones campimétricas, meníngeos negativos, dismetría izquierda, asomatognosia izquierda. TC de cráneo: sin hallazgos significativos. Analítica de sangre: urea 106; creatinina 1,5; sodio 121; potasio 8,2; resto sin alteraciones. EKG: T picudas.

Orientación diagnóstica: Hiperpotasemia secundaria al uso de fármacos.

Diagnóstico diferencial: Hiperpotasemia, tumor cerebral, ictus.

Comentario final: A la paciente se la trasladó a observación donde estando monitorizada se pautó tratamiento con resinas de intercambio iónico 20 g cada 8 horas, 500 ml de suero glucosado al 10% con 10 unidades de insulina rápida cada 60 minutos; 3 ampollas de furosemida en bolo; bicarbonato sódico 1 M en perfusión; 2 ampollas de gluconato cálcico iv; nebulización de 0,5 mg de salbutamol. Tras tratamiento potasio de 6,4. Las hiperpotasemias suelen presentarse de manera asintomática hasta que aparecen arritmias aunque ocasionalmente pueden aparecer déficits neurológicos y otros síntomas poco específicos. Ante una sospecha deberemos realizar una analítica que nos dará el diagnóstico de certeza y revisar los fármacos que consume el paciente y la función renal. Realizaremos un electrocardiograma en el que característicamente aparecerán alteraciones a partir de niveles de 5,5, inicialmente suele haber una prolongación del PR con acortamiento del QT, ondas T picudas y altas simétricas. A partir de 6,5 existirá un ensanchamiento del QRS.

Bibliografía

1. Hiperpotasemia - Trastornos endocrinos y metabólicos - Manual MSD versión para profesionales [Internet]. Disponible en::://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinos-y-metabólicos/trastornos-electrolíticos/hiperpotasemia#v8375720_es

Palabras clave: Hiperpotasemia. Espironolactona. Diuréticos.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.