



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

482/866 - HIPOPOTASEMIA EN PACIENTE ASINTOMÁTICO

P. Quirós Rivero¹, E. Palmero Olmo² y S. González Rodríguez³

¹Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Estrella I. Coria del Río. Sevilla.

²Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Mirador. La Rinconada. Sevilla.

³Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lora del Río Virgen de Setefilla. Lora del Río. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 20 años sin antecedentes de interés que acudió a consulta de Atención Primaria por cuadro de fiebre de hasta 38 °C y dolor en fosa renal derecha y vacío derecho que se irradiaba a genitales desde esa mañana. Así mismo refería disuria, astenia y calambres a nivel de miembros inferiores desde hace varios meses que la paciente asociaba a que no realizaba deporte. Se pautó antibioterapia empírica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. Tensión arterial 110/60 mmHg T^a: 37,8 °C. Abdomen blando y depresible con puño percusión derecha positiva, dolor a nivel de vacío derecho sin signos de peritonismo. Como pruebas complementarias se solicitó: tira de orina con nitritos, leucocitos y hemáties positivos. Hemograma, bioquímica con iones, destacando potasio sérico en 2,6 mEq/l. Se procedió a estudio de hipopotasemia con: gasometría venosa, estudio hormonal, renina plasmática, electrocardiograma y sedimento de orina con iones, aldosterona, destacando en los resultados: potasio 2,8 mEq/l (3,5-5,5), magnesio 0,58 mEq/l (0,7-1,05). Iones en orina: calcio 36,6 mg en 24 horas (100-250). Gasometría venosa: pH 7,45, PCO₂ 47 mmHg, HCO₃ 32 mmol/l.

Orientación diagnóstica: Pielonefritis aguda. Hipopotasemia con sospecha de enfermedad de Gitelman. Se deriva a Nefrología para completar estudio, los cuáles confirman nuestra sospecha.

Diagnóstico diferencial: Causas de hipopotasemia por falta de aporte: anorexia nerviosa, vómitos y diarrea, alcoholismo, síndrome de Bartter, síndrome de Cushing, Hiperaldosteronismo, hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de Liddle, ingesta de regaliz y síndrome de Gitelman.

Comentario final: El médico de familia debe comenzar el estudio de hipopotasemia, hacer un diagnóstico de sospecha y solicitar interconsulta con compañeros hospitalarios en caso de no tener los medios para confirmar el diagnóstico. Tenemos que ser el eje central de la salud del paciente y realizar un diagnóstico diferencial amplio para su beneficio.

Bibliografía

1. González-Lamuño D, García Fuentes M. Tubulopatías. *Pediatr Integral*. 2009;13:557-78.

2. Tejada Cifuentes F. Alteraciones del equilibrio del potasio: hipopotasemia. Rev Clin Med Fam. 2008;2:129-33.

Palabras clave: Hipocaliemia. Astenia. Síndrome de Gitelman.