

Caso Clínico

¡No puedo mover las piernas....!

José Luis Guerrero Arcos
Servicio de Urgencias
Hospital comarcal de Inca



Motivo de consulta

Varón de 25 años, acude al servicio de Urgencias sobre las 4:00 a.m por imposibilidad para mover las EEl (es traído en ambulancia)

Relata haber notado sensación de entumecimiento bilateral en EEl antes de acostarse (23.00h) y que tras despertarse sobre las 3.00 a.m no podía mover las piernas. De forma progresiva asocia sensación de debilidad ascendente y simétrica hasta línea inframamilar y EESS. Niega disnea o déficit deglutorio. No recuerda traumatismo previo. Niega semiología infecciosa días previos. Niega consumo agudo de tóxicos

No hay antecedentes patológicos ni tratamiento farmacológico crónico. Sin alergias conocidas ni consumo de tóxicos habituales

Desde hacía 24h, presentaba una Urticaria inespecífica y estaba en tratamiento médico prescrito desde AP con Desloratadina y Prednisona oral (60 mg /día)

Exploración:



Consciente, orientado en tiempo, persona y espacio, sobrepeso, normocoloreado, normohidratado. Eupneico tolerando decúbito. No IY, no soplos carotídeos

Neurológica:

Glasgow 15, pupilas isocóricas y normoreactivas con reflejos fotomotor y consensual conservado, campimetría por confrontación manual normal, resto de Pares normales

Fuerza: imposibilidad para la elevación de EEII contra gravedad y para la flexión articular, sólo las moviliza mínimamente lateralmente.

Sensibilidad conservada

Marcha no explorable. No explorables disimetrías

Reflejos osteotendinosos conservados y simétricos, sin hiper ni hiporeflexia

RCP indiferente

AP: Murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos

AC: RRCRR a 64 lpm sin soplos ni extratonos

Abdomen: Blando, depresible, no algias, no se palpan masas ni megalias ni hernias, no signos de irritación peritoneal, peristaltismo disminuido.

EEII: no edemas ni signos de afectación vascular

Diagnóstico diferencial

Debilidad muscular aguda



Médula

- Traumatismo
- Patología Vascular
- Mielitis inflamatoria o infecciosa
- Patología compresiva : Neoplasias, absceso , hematoma...

Nervio Periférico

- Síndrome de Guillain - Barré fulminante
- Polineuropatía aguda por tóxicos
- Porfiria Aguda intermitente

Diagnóstico diferencial : Debilidad muscular aguda



Unión Neuromuscular

- Miastenia Gravis ,EM , etc
- Botulismo
- Intoxicación por Organofosforados

Músculo

- Polimiositis aguda
- Parálisis periódica familiar
- Rabdomiolisis
- Alteraciones electrolíticas

Psicógena

Pruebas complementarias



Hemograma

Leucocitos; 13.700, neutrófilos; 72,7%, Hb 13,8 g/dl, plaquetas; 333.000, Hb 16,8 g/dl.

Coagulación

TP; 100%, INR; 1, TTPa; 26,7 sg.

Bioquímica:

GLUCOSA * 154 mg/dL 70 110
UREA 37 mg/dL 17 50
CREATININA 1,11 mg/dL 0,7 1,3
SODIO 139 (mmol/L)
POTASIO * 1,77 mEq/L 3,5 5,1
MAGNESIO 1,7 mg/dL 1,6 2,6
CK 148 UI/L 38 170
PROTEINA C REACTIVA 0,23 mg/dL 0 0,5

Orinas-bioquímica orina (orina)

Potasio orina 16 mEq/l
Magnesio orina 3,7 mg/dl

Sedimento Normal, excepto Glucosuria. 500 mg

Tóxicos. Negativos

Pruebas complementarias



Rx Tórax

Sin signos de afectación pleuroparenquimatosa aguda

E.C.G

(URGENCIAS); Ritmo sinusal a 80 lpm, ondas T rectificadas e isodifásicas en DI, DII y aVF, en V5 y V6. onda U, Bloqueo incompleto de rama derecha.

(HOSPITALIZACIÓN); Ritmo sinusal a 80 lpm, normalización de onda T en todas las derivaciones. Bloqueo incompleto de rama derecha.

Gases venosos (1 l/min)

pH; 7,38, pCO₂; 40 mm Hg, pO₂; 55 mm Hg, CO₃H 23,7 mmol/l, exceso de bases; -1,3 mmol/l.

TSH NORMAL

ECOGRAFIA RENAL NORMAL

Punción lumbar no realizada

Pruebas complementarias



GRADIENTE TRANSTUBULAR DE POTASIO (Nefrología)

- G_{TTK}* : 4.7 con orina de 24 h (con aportes de K EV) y 4.1 (cálculo aproximado con la primera orina)(Valores de normalidad 8-9)
Sedimento de orina con glucosuria que desaparece en control con hbA1c normal
- G_{TTK} :(con aporte de potasio oral) : 3,9

El G_{TTK} va más a favor de hipokalemia por diuréticos, diuresis osmótica por glucosuria, manitol, urea, iatrogenia.....Parálisis periódica hipopotasémica (raro)

*Es la relación entre la concentración de potasio en la luz de túbulo colector y su concentración en los capilares peritubulares o en el plasma.

Diagnóstico diferencial :

Hipopotasemia



Por falta de aporte: Anorexia nerviosa , Alcoholismo, Sueroterapia sin Potasio

Por redistribución: (Extracelular a intracelular)

- Alcalosis metabólica (salida de H^+ de la célula con entrada de K^+)
- Administración de Insulina
- Descarga de catecolaminas, fármacos Betadrenérgicos, hipotermia, Parálisis periódica episódica, Tratamientos con B12 y A. Fólico

Por pérdidas extrarrenales (K^+ en orina <20 mEq/l)

- Acidosis Metabólica: diarrea, laxantes , fistulas digestivas
- Alcalosis Metabólica: Aspiración nasogástrica , vómitos, adenoma veloso

Por pérdidas renales (K^+ en orina >20 mEq/l)

- Acidosis Metabólica: Acidosis tubular renal , Cetoacidosis diabética, Ureterosigmoidostomia,
- Alcalosis Metabólica: Hiperaldosteronismo, HTA maligna , Sme Cushing, corticoides, regaliz, Sme. de Barther, diuréticos, Aminoglicósidos , Anfotericina B
- pH variable: Hipomagnesemia, Poliurias postnecrosis tubular aguda u obstructivos, Leucemias(pseudohiponatremia)

Tratamiento



Colocación de Drum en ESI para administración de K⁺ iv con control Radiológico

- Monitorización continua
- Fluidoterapia.
- Aporte de Potasio iv , hasta normalización
- Aporte de Mg.
- Omeprazol iv
- Bemiparina como profilaxis de TVP.

Interconsulta a *Nefrología*

Tras mejorar las cifras de potasio (K; 2,6 mEq/l) mejora la clínica neurológica, pudiendo levantar las EESS de forma simétrica y flexionar también las EEII.

Impresión diagnóstica



Probable **hipopotasemia grave como efecto adverso de la Prednisona**

Está descrito el aumento de la eliminación renal de potasio con fármacos con efecto mineralocorticoide (fludrocortisona y hidrocortisona a altas dosis)

En ficha técnica de corticoides consta como efecto adverso la hipopotasemia, aunque tenga poco efecto mineralocorticoide.

No cumple criterios de ninguna tubulopatía

No glucosuria mantenida, no alcalosis metabólica, estudio de renina y aldosterona normal, TA normal...

Al Alta : Ingesta sin dieta hiperpotasémica y seguimiento por Nefrología sin alteraciones tras 6 meses de monitorización iónica