

PARALISIS HIPOPOTASEMICA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ACIDOSIS TUBULAR RENAL DISTAL ADQUIRIDA. REPORTE DE UN CASO

Shirley Diestra¹, Abdías Hurtado¹, Enrique Hernández¹

1. Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Introducción: La parálisis hipopotasémica es la expresión clínica más común encontrada en tubulopatías tales como la acidosis tubular renal distal (ATRD), la cual tiene una muy baja frecuencia en la población, presentándose comúnmente en la niñez, secundaria a alteraciones autosómicas dominantes ó recesivas **Objetivos.** Presentar un caso de acidosis tubular renal distal adquirida en un paciente adulto **Materiales:** Descriptivo. Reporte de caso **Descripción:** Paciente varón de 23 años que ingresó al servicio de emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por debilidad muscular progresiva, llegando a cuadriparesia flácida. Niega ingesta de medicamentos. Tiene antecedentes de infecciones urinarias a repetición; litotomía bilateral de cálculos coraliformes, hace 1 año en riñón derecho y hace 7 meses en riñón izquierdo, presentando en esta última oportunidad falla renal con requerimiento de soporte dialítico (4 sesiones). En analítica presentó: Creatinina: 2.79, Urea: 53, Potasio: 1.8 mEq/L Sodio: 142 mEq/L, Cloro: 124 mEq/L, gasometría: Ph: 7.1 PCO₂: 22.9 mmHg PO₂: 116 mmHg Lac: 0.6 E-base: 21.0 HCO₃: 6.8 mEq/L Anión Gap 17.8 Osm: 290mOsm/L, relación Δ gap/ Δ bicarbonato:0,3; TSH: 0.72 UI T4 libre: 0.83 UI Calcio: 8.6 mg/dl Fosforo: 0.77 mg/dl, Magnesio: 3.0 mg/dl, Ecografía Renal: Riñón derecho: 109 x 49, Riñón izquierdo: 80 x45, con múltiples cálculos de diferentes diámetros, los mayores de 20 y 25 mm, sistema excretor no dilatado. Electrolitos urinario al azar: Na: 122mEq/L, K: 9 mEq/L 122mEq/L, Cl: 56 122mEq/L Anión gap urinario: 75, ph urinario: 6, densidad urinaria: 1010, osmolaridad urinaria: 271.7 mosm/L Calcio urinario: 76 mg/24h. (Diuresis 1700 ml). Con la clínica y exámenes se llegó al diagnóstico de ARTD de tipo intersticial por nefropatía obstructiva, dado el antecedente de litiasis. Ser inició manejo en emergencia con retos de potasio endovenosos por vía central y pequeñas dosis repetidas de bicarbonato. El paciente recuperó la actividad motora con mejoría clínica total a las 48 horas de instaurado manejo. Luego de 13 días de hospitalización fue dado de alta totalmente recuperado, con potasio de 4,9 mEq/L y gasometría normal. Al alta continuó terapia con sales de potasio vía oral y alimentación balanceada. **Conclusiones:** La ARTD adquirida es poco frecuente en la práctica clínica, sin embargo se tiene que tener en consideración ante un paciente con antecedentes clínicos, alteraciones del medio interno y urinarias antes descritas. Un diagnóstico y manejo oportuno es crucial para la vida del paciente.

Palabras claves: hipopotasemia, acidosis tubular renal distal.