

Abstract Nº PO-SAB-59

HIPOCALIEMIA SEVERA: DUAS CAUSAS PARA UM MESMO PROBLEMA

Ana Rodrigues (1); Carolina Ferreira (1); Luisa Costa (1); Andreia Silva (1); Rosa Miguel (1); Tânia Sousa (1); Tiago Barra (1); Carla Lima (1); Miguel Oliveira (1); Cátia Pêgo (1); Marta Oliveira (1); Jesus Garrido (1); Giovanni Sorbo (1); Edgar Lorga (1); Sérgio Lemos (1);

(1) - Centro Hospitalar Tondela-Viseu, Nefrologia, Viseu, Portugal;

Introdução: O potássio é um ião maioritariamente intracelular que desempenha várias funções nobres no organismo e cujos níveis séricos são mantidos num estreito intervalo fisiológico. Tal equilíbrio é dependente não só da sua redistribuição celular, mas também da sua excreção, renal e extra-renal. As manifestações clínicas da hipocaliemia são dependentes da sua magnitude e incluem diminuição da força muscular, rabdomiólise e arritmias cardíacas potencialmente fatais. Neste resumo são apresentados dois casos clínicos de hipocaliemia especialmente severa, associados a excreção aumentada de potássio.

Caso clínico: O primeiro caso refere-se a um homem de 46 anos com antecedentes de Doença Renal Crónica (DRC) estadio 5 secundária a nefrite tubulointersticial crónica, com acidose tubular renal tipo 1, ambas em contexto de malformação urológica. Estava medicado no domicílio com bicarbonato de sódio, citrato de potássio e cloreto de potássio. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) por paresia dos membros superiores e inferiores associada a mialgias intensas. Referia história de diarreia aquosa nos três dias anteriores. Analiticamente destacava-se hipocaliemia de 1.4mEq/L com magnesemia normal e acidemia metabólica (pH 6.98 e bicarbonato de 3.7mmol/L), ligeiro agravamento da função renal e elevação marcada da CK e Mioglobina. Dados os distúrbios hidroeletrolíticos e ácido-base, foi induzido em hemodiálise com dialisante com concentração de 3mEq/L de potássio e iniciou suplementação com cloreto de potássio endovenoso e espironolactona. Com as medidas instituídas apresentou recuperação da função renal basal e normalização da caliemia, permanecendo independente de diálise.

O segundo caso refere-se a uma mulher de 63 anos com antecedentes de hipertensão arterial medicada com lisinopril e amlodipina. Recorreu ao Serviço de Urgência por astenia e diminuição generalizada da força muscular. Apresentava história de hipocaliemia já estudada em ambulatório e de etiologia ainda não esclarecida. Havia também referência a episódios de dejeções líquidas, não objetivadas durante o internamento. Analiticamente à admissão com hipocaliemia de 1.6mEq/L, lesão renal aguda, hipomagnesémia e acidose metabólica com GAP aniónico normal. Perante a suspeita de hipocaliemia secundária a perda de potássio, foi solicitada relação potássio/creatinina na urina, sugerindo causa extra-renal. Iniciou fluidoterapia com cloreto de potássio por cateter venoso central, apresentando melhoria progressiva da função renal e da hipocaliemia. Prosseguiu estudo complementar com colonoscopia que demonstrou ileíte ulcerada compatível com doença de Chron.

Conclusão: A apresentação destes dois casos pretende ilustrar o diagnóstico diferencial da hipocaliemia por excreção aumentada de potássio, nomeadamente no que concerne à diferenciação entre causas renais e extra-renais. Sublinha ainda a dissociação entre as manifestações clínicas e a magnitude da hipocaliemia, perante perdas crónicas, que se deve à presença de depleção de potássio extracelular e intracelular. Nesta situação a correção torna-se também mais lenta do que seria expectável.