



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 482/187 - HIPOMAGNESEMIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. González Delgado<sup>1</sup>, M. Carmona Escribano<sup>2</sup>, E. Andrés Villares<sup>3</sup> y B. Boscà Albert<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Urbano y Rural. Calatayud. Zaragoza.

<sup>2</sup>Especialista en Medicina Interna. Hospital Ernest Lluch Martin. Calatayud. Zaragoza. <sup>3</sup>Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local de Ricla. Ricla. Zaragoza.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 76 años, con antecedentes personales de hipertensión y temblor esencial, en tratamiento con omeprazol 20 mg, ramipril 10 mg y furosemida 40 mg al día. Valorada en consultas de Atención Primaria por empeoramiento de temblor de extremidades superiores e inestabilidad, sin otra sintomatología. Se realiza analítica de forma ambulatoria con resultado de hipomagnesemia grave (0,5 mg/dL) e hipocalcemia (7,7 mg/dL). Ante los hallazgos analíticos se reevalúa a la paciente.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general, palidez cutánea. Estable hemodinámicamente. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen normal. Extremidades inferiores sin edemas. Exploración neurológica: consciente y orientada, colaboradora. Pupilas isocóricas normorreactivas. No nistagmus ni diplopía. Pares craneales normales. No alteraciones del lenguaje. No claudicación de extremidades superiores. Fuerza y sensibilidad en las cuatro extremidades conservadas. Ligera inestabilidad sin clara lateralización. Temblor bilateral en ambas manos. No signos meníngeos. Marcha con leve aumento de base de sustentación. No tetania. Pruebas de hipocalcemia: signo de Trousseau y Chvostek no patológicas. Analítica: urea 35 mg/dL, creatinina 0,79 mg/dl, magnesio 0,5 mg/dl, calcio 7,7 mg/dl. Resto normal. Electrocardiograma sin alteraciones.

**Orientación diagnóstica:** Hipomagnesemia grave secundaria a fármacos.

**Diagnóstico diferencial:** Desnutrición, alcoholismo crónico, fallo renal agudo, diarrea crónica.

**Comentario final:** Se remitió al Servicio de Urgencias para repleción de magnesio, precisando ingreso en Medicina Interna. Tras ampliar el estudio se descartó la hipocalcemia (en rango tras obtener albúmina). También se estudió perfil hormonal con aldosterona/renina para descartar causas renales, con resultado normal. Además, se realizó prueba de sangre oculta en heces con resultado en el límite, por lo que se amplió con estudio endoscópico sin hallazgos patológicos. Ante la ausencia de hallazgos que justificasen la hipomagnesemia, se sustituyó el omeprazol por ranitidina y se suspendió la furosemida, sin objetivarse hipomagnesemia en controles posteriores. Por ello, resulta fundamental recordar la importancia del balance riesgo/beneficio al iniciar un tratamiento, ya que todo fármaco tiene sus efectos secundarios y, como ocurre en numerosas ocasiones en Atención Primaria, reevaluar los tratamientos previamente pautados.

## **Bibliografía**

1. Shabaka A, Tornero F, del Castillo-García S, Rodríguez R, Romero-Pérez S, Gil-Casares B, de Gracia-Núñez R, Herrero J. Trastornos electrolíticos graves asociados a tratamiento crónico con omeprazol. NefroPlus. 2016;8(1):89-93. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-trastornos-electroliticos-graves-asociados-tratamiento-articulo-X1888970016558019>

**Palabras clave:** Hipomagnesemia. Inhibidor de la bomba de protones.