



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

423/119 - PÉRDIDAS IÓNICAS TRAS INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA RECIENTE

B. Gutiérrez Muñoz¹, M. Maamar El Asri², A. Gutiérrez Pérez de Lis³, I. Hernando García¹, C. Varela César⁴, D. Martínez Revuelta⁵, J. Cepeda Blanco⁵, J. González Fernández⁶

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II-Centro. Santander. Cantabria. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Camargo. Cantabria. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Medicina Familiar y Comunitaria de Oftalmología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Camargo. Cantabria. ⁶Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Campo. Reinosa. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 55 años, fumadora, reciente portadora de bolsa de colostomía por neoplasia de recto medio T3N0M0 (resección anterior baja de recto + ileostomía de protección en diciembre de 2018, sin incidencias durante el ingreso). Acude al Servicio de Urgencias por calambres, parestesias ascendentes (de distal a proximal) y contracturas musculares faciales y en las 4 extremidades, que han ido aumentando progresivamente desde el día del alta (1 mes). Cuenta solo una deposición líquida en bolsa hace 2 días resuelta con loperamida. Niega náuseas, vómitos, alteraciones visuales u otra clínica, así como tampoco introducción reciente de nuevos alimentos o cambios en su medicación habitual.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales. T^a 36,7 °C. TA 121/46 mmHg. FC 86 lpm. Saturación O₂ 99%. General. BEG. Consciente y orientada. Normohidratada y perfundida. Eupneica. Tórax. AC rítmico sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, RHA presentes en los 4 cuadrantes. En bolsa de colostomía se ven deposiciones de color normal y pastosas (no muy líquidas). Extremidades no edematosas, sin signos de TVP. SNC. Pupilas ICNR. MOEs y resto de pares craneales normales. Fuerza y sensibilidad superficial normales. ROT rotulianos presentes y simétricos. Romberg negativo. Deambulación normal. Lenguaje sin alteraciones. Hematimetría: leucocitos $5,6 \times 10^3/\mu\text{L}$ (fórmula normal), hemoglobina 11 g/dL, plaquetas $366 \times 10^3/\mu\text{L}$. Bioquímica: calcio 5,9 mg/dL, calcio total corregido por albúmina 6,7 mg/dL (8,1-10,4), magnesio 0,4 mg/dL (1,6-2,5), fósforo 4,8 mg/dL (2,7-4,5), resto normal (glucosa, función renal, sodio, potasio). Gasometría venosa: normal. Última analítica una semana tras intervención: calcio corregido por albúmina 8,6 mg/dL y magnesio de 1,9 mg/dL.

Juicio clínico: Hipomagnesemia grave, hipocalcemia e hiperfosfatemia en probable relación con pérdidas digestivas.

Diagnóstico diferencial: Alteraciones iónicas por pérdidas renales.

Comentario final: Comentado el caso con Nefrología y Cirugía General, se decide pasar a la paciente a Sala de Observación, monitorizada, para reposición intravenosa de magnesio y calcio. Iones corregidos al día siguiente, por lo que se decide alta con suplementos orales de calcio y magnesio, y control en consulta con analítica para ampliar estudio (tiroides, vitamina D, PTH, cortisol). Casi todo el magnesio se encuentra en el compartimento intracelular (especialmente en hueso). El magnesio extracelular puede estar ionizado (libre), unido a aniones o a proteínas. La concentración plasmática de magnesio no suele medirse en los controles rutinarios, por lo que el diagnóstico de la hipomagnesemia suele requerir la sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo (diarrea crónica, alcoholismo, uso de diuréticos, intervenciones quirúrgicas...) o por la clínica (hipocalcemia o hipopotasemia refractarias, alteraciones neuromusculares, arritmias ventriculares...). Hay dos mecanismos principales de hipomagnesemia: pérdidas gastrointestinales y renales. Frecuentemente se asocia con otras alteraciones iónicas como la hipocalcemia (por disminución de secreción de PTH y resistencia al efecto de la misma). Respecto al tratamiento, siempre hay que buscar una causa corregible. La reposición dependerá de la severidad de la hipomagnesemia y de las manifestaciones clínicas. Pacientes con signos y síntomas graves de hipomagnesemia deberán recibir magnesio intravenoso bajo monitorización cardiaca, mientras que en pacientes asintomáticos (hallazgo analítico) se puede dar por vía oral.

Bibliografía

Evaluation and treatment of hypomagnesemia. Disponible en: <https://www.uptodate.com>

Causes of hypomagnesemia. Disponible en: <https://www.uptodate.com>