



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2658 - DOCTOR, ¿Y UN PROTECTOR DE ESTÓMAGO NO ME VENDRÍA BIEN? A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Gago Braulio^a, J.M. González Sánchez^b, R. Roncero Vidal^c, M. Marcos Fernández^b, F.L. Pérez Caballero^d, L. Muñoz Abad^d, V. Bueno García^d, V. Sáez González^e e Y. Pérez Raposo^e

^aCentro de Salud. Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pueblonuevo del Guadiana. Badajoz. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de La Paz. Badajoz. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 49 años de edad con antecedentes de HTA en tratamiento con bisoprolol y Dilutol, intervenido quirúrgicamente de amigdalectomía en la infancia, que acude a nuestra consulta por mareo con sensación de giro de objetos de una semana de evolución. Acompañando a esta sintomatología el paciente refiere astenia generalizada, debilidad muscular, parestesias a nivel de ambas manos y espasmos en maseteros ocasionalmente al masticar. Consultando sus antecedentes el paciente fue valorado 6 meses antes por neurología por el mismo motivo de la consulta actual, pautando tratamiento con ácido acetilsalicílico 100 junto con omeprazol 20 mg que el paciente reconoce tomar desde hace tiempo por sintomatología compatible con reflujo gastrointestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, vigil, orientado y colaborador. Sin disnea de reposo. Tolera el decúbito. Bien hidratado, coloreado y perfundido. Cabeza y cuello: no adenopatías palpables, no ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca: rítmica sin solos a frecuencia cardíaca controlada. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. No doloroso a la palpación. Ruidos hidroaéreos presentes y normales. Signos de irritación peritoneal negativos. Puñopercusión renal bilateral negativa. Miembros inferiores: sin edemas, pulsos presentes y simétricos. Exploración neurológica: nistagmo vertical. Pares craneales normales. No disimetrías ni disidiadococinesia. Fuerza y sensibilidad conservadas. Analítica. Hemograma: todos los valores dentro de la normalidad. Bioquímica: destacan valores de magnesio de 0,2, potasio de 2,5 y calcio de 6,3 (corregido a albúmina 7 y a proteínas totales 7,3). Hipertrigliceridemia ya conocida. RM: sin cambios significativos en el parénquima cerebral.

Juicio clínico: Hipomagnesemia grave, hipocalcemia e hipopotasemia probablemente secundaria a la misma.

Diagnóstico diferencial: Procesos tumorales sistémicos y en órganos diana, como por ejemplo paratiroides, regulación del metabolismo fosfocálcico alterada por la toma de fármacos.

Comentario final: El hecho de que los IBP sean fármacos de uso tan habitual hace que este efecto adverso concreto no tenga especial relevancia clínica, ya que hay muy pocas descripciones. La determinación de magnesio no se suele solicitar de forma habitual, por lo que es difícil establecer la prevalencia real de la alteración. Cabe la posibilidad de que existan alteraciones iónicas subclínicas que no se diagnostiquen, pero que puedan tener un papel importante en la fisiopatología de las enfermedades concomitantes, o que de ser advertidas, lleven al comienzo de un tratamiento sustitutivo de forma empírica, sin que se inicie un estudio para dilucidar la causa. Por todo esto, podría considerarse la toma crónica de omeprazol y otros IBP como causa para tener en cuenta en casos de hipomagnesemia de origen desconocido e intentar realizar una prueba terapéutica sustituyendo el IBP por un antihistamínico anti-H₂, teniendo en cuenta que probablemente el factor idiosincrásico sea fundamental en la fisiopatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Epstein M, McGrath S, Law F. Proton-pump inhibitors and hypomagnesemic hypoparathyroidism. *N Engl J Med.* 2006;355:1834-6.
2. Habajee N, Lamb EJ, Sturgess I, Sumathipala RW. Omeprazole and refractory hypomagnesaemia; *BMJ.* 2008;337:425.
3. T. Cundy, A. Dissanayake. Severe hypomagnesaemia in long-term users of proton-pump inhibitors. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008;69:338-41.