



## 160/1437 - Síndrome malabsortivo tras resección intestinal por neoplasia de colon derecho

A.M. Pernia Sánchez<sup>a</sup>, I. Andrés Antolín<sup>b</sup> y D. Díez Díez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Jardinillos. Palencia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pintor Oliva. Palencia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año. Centro de La Puebla. Palencia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 62 años, alérgico a contrastes yodados, con antecedentes de aneurisma de aorta infrarrenal con trombo mural en tratamiento con acenocumarol, y neoplasia neuroendocrina de ciego realizándose hemicolectomía derecha laparoscópica hace 6 meses, siendo reintervenido 10 días después por brida que condicionó torsión de asa de delgado y anastomosis realizándose desconexión e ileostomía terminal y fístula mucosa para reconstrucción del tránsito intestinal. Acude a Urgencias por cuadro de 15 días de evolución de tetania en ambas manos y pies que fueron tratados con rivotril en Atención Primaria, sin mejoría. Refiere deposiciones semilíquidas y cambio de bolsas de ostomía hasta 11 veces al día.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes: TA: 107/77 mmHg, FC: 66 lpm, Sat O<sub>2</sub>: 97%, GC: 80 mg/dl. Consciente, orientado, colaborador. Buen estado general. Normocoloración de piel y mucosas. Normohidratado. AC: rítmico, sin soplos ni extratonos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, sin signos de peritonismo, orificio periestomal en buen estado, sin masas ni megalias, RHA conservados, Murphy, Blumberg y PPCR bilateral negativos. SN: normorreflexia miotáctica. RCP: flexores bilaterales. Pruebas complementarias: ante el aumento del tránsito intestinal se solicita analítica urgente con parámetros hematológicos, y bioquímicos normales salvo leucocitosis 15.900 y deterioro de la función renal con urea 77 mg/dL y creatinina 2,19 mg/dL. Se solicita magnesio con resultado en valor crítico 0,6 mg/dL. Además presenta pH 7,29, bicarbonato 16 y calcio iónico normal en gasometría venosa.

**Juicio clínico:** Síndrome malabsortivo tras cirugía intestinal con hipomagnesemia grave secundaria.

**Diagnóstico diferencial:** Ante los síntomas de tetania en paciente con resección intestinal amplia y tránsito digestivo aumentado, se planteó el diagnóstico diferencial de malabsorción de calcio y magnesio.

**Comentario final:** Durante su estancia en Urgencias se trató al paciente con sulfato de magnesio 15% iv y se decidió ingreso para control iónico con perfusión continua de magnesio y bicarbonato 1/6M. Al alta se objetivó clara mejoría de la clínica tras reposición de oligoelementos con Mg 2,9

mg/dL, con medidas higiénico-dietéticas al alta e interconsulta a Endocrinología. Ante un caso de hipomagnesemia grave, se debe iniciar un bolo de sulfato de magnesio iv en Urgencias y es criterio de ingreso para proseguir con perfusión de 6 g de Mg en 1.000 cc de SG5% durante 3 a 7 días.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. García Esparza D, Ortiz Inmedio J. Trastornos del metabolismo del calcio, fósforo y magnesio. En: Aguilar Rodríguez F. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital Universitario 12 de Octubre. 7ª edición. Madrid; MSD 2014, p. 927-40.