



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/413 - Intoxicación por laxantes. Enemas y la olvidada vía rectal

C. Fernández Galache<sup>a</sup>, I. Galán López<sup>b</sup>, N. Guelai<sup>c</sup>, B. Martínez Sanz<sup>d</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>c</sup>, R. Martínez Rodríguez<sup>e</sup> y M. Anta Fernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Zapatón. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega.

<sup>e</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Agustín. Avilés.

<sup>f</sup>Médico Medicina Interna. Hospital Sierrallana. Torrelavega. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 66 años, con esclerosis múltiple incapacitante, paraparesia espástica progresiva, precisando silla de ruedas para la deambulación. Portadora de sondaje vesical crónico y diabetes mellitus en tratamiento con insulina. Otros fármacos habituales son Ludiomil, Crinoren, Tegretol, Flebostan, Dogmatil, Seropran. Dada su enfermedad, padece estreñimiento crónico en seguimiento por Atención Primaria (AP), que trata con duphalac y medidas dietéticas. Acude a urgencias postrada, mal perfundida, refiriendo abdominalgia de 12 horas de evolución acompañada de deposiciones frecuentes, malolientes y abundantes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen distendido, timpánico, molestias difusas. Se realiza radiografía de tórax y abdomen, observando distensión de asas de colon y presencia de fecaloma, completando el estudio con ecografía y TAC abdominal que no aportan más información. Se aprecia QT alargado en el electrocardiograma (ECG) y en la analítica destaca leucocitosis (leucocitos 25.900, cayados 21%), hiperglucemia (400 mg/dl), hiponatremia (133 mg/dl), potasio 4,18 mg/dl, insuficiencia renal aguda (urea 88 mg/dl, creatinina 2,22 mg/dl), hipocalcemia (calcio total corregido 1,08 mmol/L), proteína C reactiva 13,73 mg/dl, amilasa 1.665 UI/L, acidosis metabólica (pH 7,19) y bacteriuria.

**Juicio clínico:** Ingresa con el diagnóstico de pancreatitis aguda, infección urinaria y descompensación metabólica.

**Diagnóstico diferencial:** Dada la mala evolución se traslada a UCI con diagnóstico de sepsis de origen abdominal más fracaso multiorgánico, intubada y tratándose con drogas inotrópicas y antibioticoterapia de amplio espectro, persiste el empeoramiento hemodinámico, fracaso renal establecido y trastornos de la coagulación con sintomatología de abdomen agudo por lo que se realiza nuevo TAC, en el que no se observan signos de pancreatitis, indicándose laparotomía, realizando resección de sigma por infarto intestinal secundario a torsión por vólvulo. Tras la intervención la paciente progresa favorablemente en la UCI, persistiendo una hipocalcemia desde el ingreso que no responde a la reposición con gluconato cálcico, habiéndose descartado rhabdomiolisis

y enfermedad renal crónica. Un estudio analítico tras 5 días en la unidad presentaba: calcio total corregido 1,32 mmol/L (normal 2,20-2,55), hiperfosfatemia (3,60 mmol/L) (normal 0,87-1,45), paratohormona intacta (PTHi) 599 pg/ml (normal 15-65), urea 163 mg/ml (normal 13-71) y creatinina 4,71 (normal 0,50-0,90).

**Comentario final:** La mejoría de la paciente y la colaboración con AP, posibilitó indagar en la entrevista clínica, descubriéndose el uso desmesurado de enemas fosfato en su residencia por problemas de estreñimiento crónico, lo cual justificaría el hiperparatiroidismo secundario a intoxicación por fosfatos y el alargamiento del QT en el ECG del ingreso. El 30% de los ancianos sanos utilizan laxantes regularmente, entre ellos, enemas que pueden llegar a contener, 40 y 20 g de fosfato mono y disódico, respectivamente, viéndose aumentada la absorción de fosfato por vía rectal si presentan hipernatremia, hiperfosforemia, hipocalcemia, hiperglucemia o acidosis metabólica. La hiperfosfatemia, produce una caída del calcio para mantener el producto fosfocálcico y la secreción de hormona paratiroidea aumenta, por su efecto fosfatúrico. La hipocalcemia puede provocar alteraciones cardiovasculares, neuromusculares o alargamiento del QT. Debemos sospechar intoxicación por enemas fosfato si la hipocalcemia y la hiperfosfatemia aparecen junto a hipernatremia e hipocaliemia; por otra parte, deberemos ajustar su uso a la edad y patología preexistentes, prestando atención a la función renal y controles analíticos iónicos de nuestros pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Harari D, Gurwitz JH, Minaker KL. Constipation in the elderly. *J Am Geriatr Soc.* 1993;41:1130-40.
2. Stubbs JR, Yu ASL. Overview of the causes and treatment of hyperphosphatemia [monografía en Internet]. UpToDate; 2013 [acceso 25 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
3. Goltzman D. Clinical manifestations of hypocalcemia hyperphosphatemia [monografía en Internet]. UpToDate; 2015 [acceso 25 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
4. Szoke D, Dolci A, Genderini A, Panteghini M. Anomalías electrolíticas letales tras la administración de un enema. *Clinical Chemistry.* 2012; 58(11):1515-9.