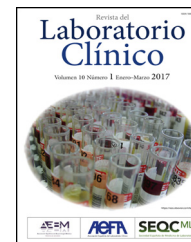


Revista del Laboratorio Clínico

www.elsevier.es/LabClin



CASO CLÍNICO

Hipomagnesemia grave secundaria a inhibidores de la bomba de protones, dos casos clínicos

Sofía Linares Amorós^{a,*}, Ramón Guirao Martínez^b, Andrea Bernabé Casanova^c
y Sahelys Gómez Hernández^d

^a *Análisis Clínicos, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España*

^b *Unidad de Corta Estancia, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España*

^c *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España*

^d *Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital General Universitario de Elche, Alicante, España*

Recibido el 23 de marzo de 2017; aceptado el 3 de julio de 2017

PALABRAS CLAVE

Hipomagnesemia grave;
Inhibidores de la bomba de protones;
Magnesuria

KEYWORDS

Severe hypomagnesaemia;
Proton pump inhibitors;
Magnesuria

Resumen Se describen dos casos clínicos de pacientes con hipomagnesemia grave secundaria a inhibidores de la bomba de protones. Los datos de laboratorio nos pueden ayudar a diferenciar entre la hipomagnesemia producida por pérdida intestinal de magnesio y la producida por pérdidas renales de magnesio.

La hipomagnesemia asociada al uso prolongado de inhibidores de la bomba de protones es un efecto adverso que suele pasar inadvertido y que puede ocasionar manifestaciones clínicas graves, siendo conveniente realizar controles periódicos de magnesemia en pacientes que precisen de tratamiento prolongado con inhibidores de la bomba de protones, fundamentalmente en el uso concomitante de antiarrítmicos o diuréticos y en aquellos pacientes con hipocalcemia y/o hipopotasemia.

La posibilidad de este y de otros efectos adversos es un motivo más para valorar periódicamente el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones a largo plazo.

© 2017 AEBM, AEFA y SEQC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Severe hypomagnesaemia secondary to proton pump inhibitors: A presentation of two cases

Abstract Two clinical cases are presented on patients with severe hypomagnesaemia induced by proton pump inhibitors. Laboratory data can help us to differentiate between hypomagnesaemia caused by intestinal loss of magnesium and the one produced by renal magnesium losses.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sofialinaresamoros@gmail.com (S. Linares Amorós).

Hypomagnesaemia associated with a prolonged use of proton pump inhibitors is an inadvertent adverse effect that can lead to severe clinical manifestations, therefore it is advisable to perform periodic monitoring of magnesium in the blood of patients who require prolonged treatment with proton pump inhibitors, especially in the concomitant use of antiarrhythmic or diuretic drugs, and in those patients with hypocalcaemia and/or hypokalaemia.

The possibility of this and other adverse effects is one more reason to periodically evaluate long-term proton pump inhibitors treatment.

© 2017 AEBM, AEFA y SEQC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Los inhibidores de la bomba de protones (IBP) son de los fármacos más prescritos en nuestro país. Presentan baja tasa de efectos secundarios y estos no suelen comprometer la vida del paciente; pero se han descrito, asociadas al tratamiento crónico de IBP, hipomagnesemias sintomáticas^{1,2} y en ocasiones graves³⁻⁷. Presentamos dos casos clínicos, con hipomagnesemia grave en relación con la administración crónica de IBP.

Caso 1

Mujer de 71 años que ingresa en Unidad de Corta Estancia (UCE) por náuseas, vómitos, deposiciones líquidas de 2 semanas de evolución, sensación de inestabilidad, cuadro confusional con disminución del nivel de conciencia, sensación de debilidad e hipertensión. Como antecedentes personales, destacaba tabaquismo, hipertensión, dislipemia, hipotiroidismo posquirúrgico, osteoporosis y dolor crónico en columna lumbar secundario a artrodesis. En tratamiento habitual con telmisartán/hidroclorotiazida 80/25 mg, atorvastatina 10 mg, Daflon 500, levotiroxina 75 mcg, celecoxib 200 mg, lorazepam 1 mg y pantoprazol 20 mg.

En la analítica se evidenció un calcio total de 6,9 mg/dl (valores de referencia [VR]: 8,4-10,2), calcio iónico 3,6 mg/dl (VR: 4,7-5,2), magnesio 0,3 mg/dl (VR: 1,6-2,3), PTH y fosfato normales. TAC craneal sin alteraciones.

Ante la situación clínica, la hipomagnesemia grave y la hipocalcemia se ingresa en Cuidados Intensivos donde se inició reposición intravenosa de iones mejorando los datos analíticos y la clínica. Fue dada de alta tras 6 días de hospitalización.

Un año después reingresa en UCE procedente de Urgencias donde acudió por náuseas y vómitos, acompañados de hiporexia por disgeusia, debilidad y disminución de nivel de conciencia de varios días de evolución. Al ingreso presentaba buen estado general, sensación de debilidad muscular, náuseas y alteración de gusto y olfato, resto de exploración normal. El motivo de ingreso fue por hipomagnesemia.

Revisando la historia, la paciente mantenía desde el ingreso previo magnesemia ≤ 1 mg/dl, a pesar de tratamiento continuado con lactato de magnesio 404,85 mg, 4

comprimidos/24 h; además, continuaba en tratamiento con IBP.

En la analítica en este nuevo ingreso se detectó magnesio 0,5 mg/dl, potasio 2,9 mmol/l (VR: 3,5-5,1), vitamina D (25-OH) 18,7 ng/mL (VR: 30-100), PTH y calcio normal, magnesuria indetectable, hormonas tiroideas y resto de parámetros analíticos normales.

Caso 2

Mujer de 49 años que acude a Urgencias con disminución de fuerza y temblor en ambos miembros superiores desde 48 h antes. Entre sus antecedentes personales destaca tabaquismo, hipertensión, dislipemia y pirosis. En tratamiento habitual con betahistina 8 mg, diazepam 5 mg, omeprazol 40 mg, aceclofenaco, acetato de noretisterona, barnidipino 10 mg, metformina 850 mg y atorvastatina 20 mg.

En la exploración de Urgencias destacaba la imposibilidad de elevar los brazos por encima de 90°, hiperreflexia rotuliana e inestabilidad en la marcha, siendo imposible caminar sin ayuda. El resto de la exploración fue normal. Se solicitó analítica básica, destacando un valor de potasio de 2,1 mmol/l, ingresando en UCE por hipopotasemia.

El primer día de ingreso en UCE presentaba espasmos en ambas manos (tetania) y calambres. En los valores de laboratorio destacaba un potasio de 2,5 mmol/l, calcio total de 8,2 mg/dl, calcio ionizado de 3,5 mg/dl, magnesio 0,5 mg/dl, vitamina D 13,9 ng/mL, hormonas tiroideas, PTH y fosfato normal. Los niveles de magnesio en orina fueron indetectables. Se inició la reposición de iones (sales de calcio, potasio y magnesio por vía oral) y se trasladó a hospitalización convencional con diagnóstico de hipomagnesemia con hipopotasemia e hipocalcemia secundarias y tetania por trastorno metabólico.

La paciente fue dada de alta con mejoría de los síntomas que motivaron su ingreso, manteniéndose bajos los niveles de magnesio (1,3 mg/dl). Al alta se suspendió el tratamiento con estatinas, AINE y tiazidas, manteniendo el resto de fármacos (incluyendo IBP).

Se realiza seguimiento en consultas externas a la semana del alta, con control analítico, objetivándose un magnesio de 0,8 mg/dl con magnesuria indetectable y el resto de parámetros analíticos fueron normales. Clínicamente la paciente estaba asintomática.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8543937>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8543937>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)