Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):734

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-063 - HIPOMAGNESEMIA: UNA MIRADA A LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

A. García Pérez, E. Ruiz Belmonte, P. Escribano Viñas, R. Rojano Torres, T. Bruno Pérez, C. Smilg Nicolás, A. Moreno Hernández y J. Vega Cervantes

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena (Murcia).

Resumen

Objetivos: Estudiar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas así como los diagnósticos relacionados y el manejo terapéutico de esta alteración iónica en un Servicio de Medicina Interna.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen los pacientes diagnosticados de hipomagnesemia en el Servicio de Medicina Interna durante los años 2006-2016 en el Hospital General Universitario Santa Lucía. Las variables estudiadas fueron: 1) Epidemiológicas: Sexo y edad; 2) Clínicas: síntomas que motivaron el ingreso y presencia de alguna condición desencadenante; 3) Diagnóstico al alta; 4) Alteraciones analíticas: Valor medio de Mg sérico y presencia de hipocalcemia e hipopotasemia; 5) Manejo terapéutico: reposición endovenosa y estudio hormonal. 6) Fármacos relacionados: diuréticos de ASA/tiazidas e Inhibidores de la bomba de protones.

Resultados: Se analizaron 27 pacientes que durante el periodo de estudio estuvieron ingresados en el Servicio de Medicina Interna con el diagnóstico al alta de hipomagnesemia (tanto en diagnóstico principal como secundario). De los 27 pacientes, el 51,9% (n = 14) fueron varones con una edad media de 65,9 años (DE: 11) y el 48,1% (n = 13) fueron mujeres con una edad media de 73 años (DE: 18,8). El motivo de consulta fue en el 22,2% (n = 6) síntomas de tetania, en el 29,6% (n = 8) diarrea o vómitos, el 14,8% (n = 4) debutaron con crisis comicial y el 33,3% consultaron por síntomas que no estuvieron relacionados con este problema. Un caso presentó QT alargado en el ECG de ingreso. Analizando la historia clínica, el 63% (n = 17) tuvieron como posible desencadenante un cuadro de diarrea o vómitos prolongados. En cuanto al diagnóstico al alta, la hipomagnesemia fue considerada secundaria a diarrea en el 22,2% (n = 6), a malnutrición en el 18,5% (n = 5), multifactorial en el 14,8% (n = 4) y por anastomosis quirúrgica en el 14,8% (n = 4). Otros diagnósticos fueron por déficit de vitamina D, síndrome malabsortivo, toma de diuréticos y alcohol. Analíticamente, el 59,2% (n = 16) tuvieron unos niveles de Mg sérico medio de 0,91 mg/dL (DE: 0,27), y en el 40,8% (n = 11) el laboratorio informó como "< 0,7mg/dL". Además, el 44,4% (n = 12) presentó de manera concomitante hipocalcemia e hipopotasemia y el 37% (n = 10) hipocalcemia aislada. En el 63% (n = 17) la reposición iónica se hizo de manera endovenosa, y en resto de manera oral mediante suplementos con sales de magnesio. El estudio metabólico durante el ingreso con determinación de PTH, vitamina D y fósforo se realizó en el 22,2% (n = 6), y en el posterior seguimiento en consultas el 22,2% (n = 6) presentó déficit de vitamina D. A nivel farmacológico, el 51,9% (n = 13) tomaban diuréticos de ASA o tiazidas, destacando la furosemida en el 33,3% (n = 9). El 81,5% (n = 25)

tomaban inhibidores de la bomba de protones de manera crónica, siendo el más frecuente el omeprazol (55,6%).

Discusión: El magnesio es un catión implicado en funciones orgánicas tales como la conducción neuromuscular o cardíaca, y su déficit puede provocar otras diselectrolitemias graves. A pesar de que la hipomagnesemia es paucisintomática, en nuestra muestra no fue despreciable el número de pacientes que ingresaron por síntomas de tetania e incluso crisis comiciales en relación a un déficit severo. La restitución de esta alteración es sencilla mediante tratamiento endovenoso o vía oral, sin embargo, el diagnóstico etiológico es complejo, y en nuestra muestra se completó en una baja proporción de pacientes.

Conclusiones: La hipomagnesemia es probablemente una diselectrolitemia infradiagnosticada, manejándose a menudo como un diagnóstico secundario en el que no se llega a completar el estudio etiológico y metabólico durante el ingreso. Es necesario un ejercicio activo de diagnóstico de esta alteración dado que a menudo se mantiene silente en una población polimedicada y con un número cada día mayor de comorbilidades.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.