



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

387/79 - SUPLEMENTOS NUTRICIONALES EN PACIENTES CON RESECCIÓN INTESTINAL

J. Cepeda Blanco¹, A. Aldama Martín¹, J. Martín Delgado², A. Casal Calvo¹, G. Rijo Nadal³, A. Asturias Saiz³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.²Médico de Familia. Centro de Salud Liébana. Potes. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años, independiente para ABVD. DM2. Adenocarcinoma de colon T4NxM0 tratado con hemicolectomía y QR sin recidiva. Consulta por cuadro de desorientación progresiva hasta el estupor, según su mujer, no responde cuando le habla, de en torno a 5 días de evolución. No asocia fiebre, náuseas, vómitos ni otra sintomatología. Hiporexia progresiva en contexto del cuadro. Ante la exploración física y la anamnesis se remite al hospital para valoración urgente.

Exploración y pruebas complementarias: T^a 36 °C, TA: 137/69, FC:100, SatO2:99%. Buen estado general, consciente, no orientado en tiempo ni espacio, orientado en persona. Eupneico. PC normales. Menígeos negativos. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Bradipsiquia importante. Auscultación anodina. No signos de TVP. Pruebas complementarias: Rx tórax sin alteraciones. TAC craneal: no se observan signos de hemorragia ni isquemia aguda. Áreas parcheadas hipodensas en relación con isquemia crónica de pequeño vaso. Doppler de troncos supraaórticos: múltiples placas ateromatosas calcificadas de distribución difusa, sin estenosis significativas. Ecografía abdomino-pélvica: Normal. Analítica: Magnesio: 0,1. Calcio: 9,0. K: 5,2. NA: 134. Hb: 13,4. Leucocitos: 9.000, Creatinina: 1,52. FG: 35.

Juicio clínico: Encefalopatía metabólica con hipomagnesemia e hipocalcemia.

Diagnóstico diferencial: Sepsis. ACV. Meningitis. Intoxicaciones.

Comentario final: Ante normalidad de TAC se procede a reponer niveles de magnesio tras lo que inicialmente mantiene síndrome confusional y agitación que posteriormente se normalizan. Durante su ingreso no se observan pérdidas en orina de magnesio, con progresión de hipomagnesemia pese a tratamiento oral, sin datos de consumo enólico. Impresiona de déficit absortivo por hemicolectomía. Se da alta a domicilio con suplementos de calcio y magnesio. Este caso es representativo de la importancia de los antecedentes del paciente en relación a la iatrogenia y futuros procesos patológicos que pudiera desarrollar, y ante los que debemos estar en guardia.

Bibliografía

Whang R, Hampton EM, Whang DD. Magnesium homeostasis and clinical disorders of magnesium deficiency. Ann Pharmacother. 28(2):220-6.