

347/2311 - MENOS ES MÁS

M. Albiol Serra, M. Sallent Claparols, E. Mestres Moreno y E. Chirveches Pérez

Médico de Familia. ABS Vilanova 1. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 65 años con antecedentes patológicos: exfumadora, HTA, neoplasia mama derecha (quimioterapia neoadyuvante con docetaxel en junio-2017+ cuadrantectomía, actualmente libre de enfermedad), poliartrosis, hernia de hiato. Tratamiento: tramadol/paracetamol, omeprazol, valsartan/hidroclorotiazida. Enfermedad actual: dolor poliarticular (EVA 5-6/10), parestesias y dolor continuo en extremidades superiores (ES) e inferiores (EI) que impide el descanso nocturno, astenia de reciente aparición y 2 episodios la última semana de posibles espasmos carpopedales. Ritmo deposicional normal (1 vez/día), no toma de laxantes. No ingesta de fitoterapia. Hace unos meses tomaba preparado de colágeno con calcio (Ca) y magnesio (Mg) para los dolores artrósicos.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración por aparatos anodina, excepto reflejos hiperactivos en ES y EI. Signo Troussseau positivo, Chovtek negativo. ECG: taquicardia supraventricular. Analítica: VSG, CK, hemograma función renal y hepática normales, Na 147, K 3,6, Ca 7,2, fosfato 1,24, Mg 0,33, PTH 51, calcidiol 25, Orina 24h: Ca 12, Mg 0,16. Electromiograma: normal.

Orientación diagnóstica: Hipocalcemia y hipomagnesemia posiblemente secundaria a tratamiento con omeprazol. Se le administraron suplementos de Ca y Mg orales, con respuesta parcial. Entonces sospechamos que la hipomagnesemia podría ser secundaria a inhibidores de la bomba de protones (IBP) y al sustituir omeprazol por ranitidina se normalizaron los niveles de Mg y Ca.

Diagnóstico diferencial: Rabdiomiolisis. Neurotoxicidad por quimioterapia. Hipoparatiroidismo.

Comentario final: No se conoce el mecanismo que produce hipomagnesemia en la toma de IBP. Se desconoce la incidencia de este efecto adverso, y parece ser efecto de clase. Es una reacción adversa poco frecuente. El riesgo de hipomagnesemia no es dosis-dependiente. El diagnóstico requiere un alto grado de sospecha clínica. En pacientes con uso prolongado IBP sobre todo si asociados a tiazidas y/o digoxina deberíamos controlar niveles de Mg y Ca en sangre.

Bibliografía

1. Shabaka A, Tornero F, del Castillo-García S, et al. Herrero. Trastornos electrolíticos graves asociados a tratamiento crónico con omeprazol. NefroPlus. 2016;8(1):89-93.
2. Callejas Díaz A, Montero Hernández E, Gil Navarro M, et al. Omeprazole and hypomagnesemia. Rev Clin Esp. 2011.
3. MacKay JD, Bladon PT. Hypomagnesaemia due to protonpump inhibitor therapy:a clinical case series QJM. 2010;103.

Palabras clave: Hipomagnesemia. Inhibidores de la bomba de protones. Hipocalcemia.