

## 347/56 - LA CULPA ES DEL MAGNESIO

J. Jódar Sánchez<sup>a</sup>, M. Rodrigo Molina<sup>b</sup>, L. González Benítez<sup>c</sup> y M. Romero Mayo<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Zubia. Granada. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Huétor Tájar. Granada. <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zaidín Sur. Granada. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctores. Granada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 61 años que acude a consulta de Atención Primaria con los siguientes antecedentes personales: DIABETES tipo II, hipertensión, y alcoholismo. En tratamiento con: metformina 850 mg/12h y enalapril 20 mg/24h. Acude por estreñimiento de 5 días de evolución con dolor abdominal difuso, puede ventosear. No náuseas ni vómitos. No otra clínica acompañante. Ante la clínica y las pruebas realizadas en el centro de salud (electrocardiograma; radiografía de abdomen) se decide derivación a urgencias hospitalarias. En el servicio de urgencias se realizaron pruebas en las que se observaba hipopotasemia grave sin obstrucción intestinal. La hipopotasemia es causa de íleo, tras pautar cloruro potásico y comprobar aún cifras bajas, se solicitó magnesio (Mg) por ser causa de no corrección y por su antecedente de alcoholismo. Tras cifras de Mg bajo y corrección con una ampolla de sulfato de magnesio, los niveles de potasio (K) se estabilizaron y el estreñimiento mejoró.

**Exploración y pruebas complementarias:** Radiografía abdomen: dilatación de asas intestinales sin imágenes de niveles hidroaéreos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 45 lpm, no alteraciones repolarización. TC abdomen: asas intestinales dilatadas sin signo de obstrucción intestinal. Analítica: hemograma, coagulación y bioquímica adecuados salvo K 2,40; Mg 0,6.

**Orientación diagnóstica:** Íleo paralítico por hipopotasemia grave con hipomagnesemia por alcoholismo crónico.

**Diagnóstico diferencial:** Íleo mecánico, tumoración, etiología endocrina, farmacológica, cuerpo extraño, adherencias...

**Comentario final:** Es importante realizar una buena anamnesis del paciente y valorar la clínica en función a las características del paciente. Cada vez se diagnóstica menos basado en la sintomatología del paciente y existe una tendencia al uso de pruebas de imagen, con los efectos que ello conlleva en ocasiones (irradiación). Es fundamental evaluar al paciente como un sujeto biopsicosocial, con la consiguiente influencia de diversos factores en su patología.

### Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18<sup>a</sup> ed. México: McGraw-Hill; 2012.

**Palabras clave:** Potasio. Magnesio y estreñimiento.