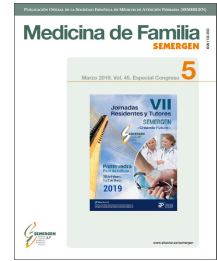




Medicina de Familia. SEMERGEN

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



413/146 - ALTERACIONES ELECTROLÍTICAS COMO CAUSA INADVERTIDA DE CONVULSIÓN

N. Dios Parada¹, P. Antelo País², D. Rey Aldana³

¹Médico Residente de 3^{er} año de Medicina de Familia. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Frades. A Coruña. ³Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud A Estrada. Pontevedra.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 86 años. AP: DM2, HBP, RTUV por tumor vesical, PTC D en 1995. Tratamiento: metformina, sitagliptina, insulina, tamsulosina, escitalopram, pantoprazol. Acude a consulta por diarrea de meses de evolución que ha empeorado las últimas dos semanas. Revisando su historial observamos que acudió a urgencias hospitalarias por dos episodios convulsivos en una semana. Realizan analítica sanguínea demostrándose hipocalcemia (7,8 mg/dl), sin darle importancia. Tras segundo episodio, el paciente queda con una parálisis residual del MSD, que en urgencias diagnostican como parálisis de Todd. Suspendemos colchicina que se inició por monoartritis aguda pero el paciente la mantuvo de forma crónica. Ante datos de deshidratación enviamos nuevamente a urgencias hospitalarias donde ingresa y esta vez sí completan analítica, obteniendo un magnesio de 0,1 mg/ml (N: 1,7-2,2 mg/ml). Sin fijarse en el tratamiento del paciente (colchicina) como la posible causa de la diarrea, realizan múltiples pruebas diagnósticas, incluyendo EDA, EDB, estudio de enfermedad celíaca y malabsorción intestinal...

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, discreta palidez y sequedad cutánea, normoperfundido. TA: 122/88, FC 75, Tª: 36 °C. ACP: anodina. Abdomen: normal. Neutrológica: paresia MSD, disminución fuerza 4/5 en MID, resto normal. Analítica: hemograma destaca anemia (Hb 10,8) y trombocitosis (560.000), resto normal. Bioquímica: calcio corregido por albúmina: 7,8, Mg 0,1. TAC craneal: atrofia cerebral córtico-subcortical. Leucoaraiosis. Lesiones sugestivas de patología isquémica antigua. Resto normal.

Juicio clínico: Epilepsia de probable origen vascular predispuesta por alteración de electrolitos.

Diagnóstico diferencial: ACV, síndrome confusional, neoplasia digestiva.

Comentario final: En atención primaria, la visión global del paciente nos permite detectar alteraciones inespecíficas que pueden ser la clave del diagnóstico. Nuestro paciente presentó el primer episodio de convulsión tras varios meses con diarrea. En la primera analítica realizada en urgencias podía apreciarse hipocalcemia, no completándose el estudio con el resto de electrolitos. Tras segunda convulsión y empeoramiento de la diarrea, se repite la analítica, observándose una hipomagnesemia severa, que podría ser la causa de las convulsiones puesto que tras su corrección no ha vuelto a presentar nuevos episodios convulsivos. La parálisis de Todd es una parálisis

transitoria tras convulsión que puede durar hasta 48h. La clínica de nuestro paciente no es compatible.

Bibliografía

Schachter SC. Evaluation and management of the first seizure in adults. UpToDate, 2018.

Alan S, et al. Clinical manifestations of magnesium depletion. UpToDate, 2017.

Palabras clave: Hipomagnesemia. Convulsión. Electrolitos.