Attenzione alle perdite di coscienza

Data 26 febbraio 2023
Categoria casi_clinici

Maria è una signora di 74 anni vedova, che vive sola vicino alla famiglia del figlio. È obesa, ipertesa, diabetica in terapia dietetica e presenta edemi agli arti inferiori da insufficienza venosa e da ipomobilità. È in terapia con furosemide e spironolattone per la ipertensione e gli edemi, e con esomeprazolo per il reflusso gastroesofageo cronico. Da mesi lamenta astenia marcata e riferisce frequenti aritmie: l' Ecg tuttavia segnala solo un numero moderato di extrasistoli sopraventricolari e ventricolari. Gli esami ematochimici evidenziano una modesta ipoglicemia (146mg) ipercolesterolemia (239 mg) ipertrigliceridemia (194mg) mentre emocromo, transaminasi, sodio, potassio, cloro e TSH risultanonormali.
Una domenica sera al termine di una cena con i familiari dove aveva mangiato e bevuto più di quanto fosse abituata, perde conoscenza nella toilette e cade procurandosi un trauma cranico con ferita lacero contusa al cuoio capelluto e piccola lesione linguale. In pronto soccorso un ECG evidenzia una fibrillazione atriale ed una TAC al cranio rileva una ischemia cerebrale cronica : nel successivo ricovero in reparto di geriatria si ipotizza pertanto una causa cardiovascolare e si instaura terapia anticoagulante.
Al terzo giorno di ricovero la paziente tuttavia presenta una crisi convulsiva prolungata; i medici decidono di rivalutare approfonditamente la situazione: probabilmente anche la precedente perdita di coscienza era secondaria ad una crisi convulsiva e, visto che le indagini effettuate non erano dirimenti,andavano ricercate altre cause.
La risposta non tardò a giungere: il magnesio ematico risultava di appena 1,1 mg per decilitro (valori normali 1,7- 2,6 mg per decilitro). Si iniziò quindi tempestivamente una infusione endovenosa di magnesio. Le condizioni generali della paziente migliorarono e nell'arco di 24 ore anche la fibrillazione atriale scomparve. La carenza cronica di magnesio, legata a scarsa introduzione (restrizioni alimentari conseguenti a dentatura rarefatta), al diabete, alla terapia diuretica ed a quella con inibitori di pompa protonica che frequentemente determinano ipomagnesemia, si è dapprima manifestata con astenia, quindi con aritmie cardiache ed ai livelli più bassi di magnesio con uno o più probabilmente due episodi convulsivi.

Commento

Il caso clinico presentato è interessante per diversi motivi :anzitutto la ipomagnesemia è un evento relativamente frequente specie negli anziani.
Secondo Harrison:Principi di medicina interna XV° Ediz. il deficit di magnesio è piuttosto comune nei soggetti fragili: circa il 10% dei soggetti ricoverati in ospedale presenterebbe ipomagnesiemia, ma tale percentuale salirebbe al 65% dei soggetti in condizioni di salute precarie quali quelli ricoverati nelle terapie intensive. Secondo più recenti acquisizioni gli stati di ipomagnesemia sono ulteriormente aumentati in seguito alle frequenti terapie croniche con gli inibitori di pompa protonica(1,2).

I fattori predisponenti più frequenti sono:
1) scarsa introduzione di magnesio spesso legata a problemi di dentizione (gli alimenti più ricchi sono infatti crusca, mandorle, fagiolini, arachidi, noci e mais.
2) aumentata perdita per diarrea o malassorbimento intestinale o malattie renali quali la sindrome di Bartter
3) sindromi ipercalcemiche che comportano anche una aumentata escrizione urinaria di magnesio
4) malattie endocrino metaboliche (diabete, ipertiroidismo, iperparatiroidismo)
5) assunzione prolungata di sostanze quali alcol o di farmaci quali in particolare diuretici ed inibitori di pompa protonica.

Nel nostro caso vi erano evidentemente più fattori di rischio per una ipomagnesemia seria: ridotta introduzione di magnesio, diabete e terapie con diuretici ed inibitori di pompa. I sintomi inizialmente erano aspecifici come solitamente avviene per deficit di magnesio di moderata entità.
La comparsa di aritmie e l'episodio di perdita di coscienza (verosimilmente un episodio convulsivo) furono dapprima correlati a problemi cardiocircolatori: diagnosi sicuramente plausibile ma non certamente frutto di un approfondito ragionamento clinico.
La sorte aiutò i medici nella diagnosi; dato che la prima crisi convulsiva era sfuggita, il “corpo della signora Maria” inviò un altro più chiaro segnale: un' altra crisi convulsiva più forte e prolungata...
L' orgoglio professionale ed il senso di colpa “…per non averci pensato” stimolo' i medici a dare il meglio di sé: rivalutarono il caso, formularono varie ipotesi e giunsero alla diagnosi corretta.
L'insegnamento metodologico che possiamo trarre da questo caso clinico è che anche in medicina come in tutte le discipline scientifiche il dubbio sistematico (è davvero questa la diagnosi?) e la sistematica valutazione di ipotesi alternative (cos'altro potrebbe essere?) possono evitarci pericolosi errori e guidarci alla ricerca della verità...

Riccardo De Gobbi

1)Kieboom BC et al Proton Pump Inhibitors and Hypomagnesemia in the General Population: A Population-Based Cohort Study Am J Kidney Dis. 2015 Jun 26. pii: S0272-6386(15)00836-7
2) farmacovigilanzasardegna.it/2016/06/20/inibitori-della-pompa-protonica-e-rischio-di-ipomagnesiemia/

Collecchia G, De Gobbi R, Fassina R,Ressa G, Renato L Rossi: La Diagnosi Ritrovata Il Pensiero Scientifico Ed. Roma2021
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/la-diagnosi-ritrovata

Rossi R.L.: Metodologia clinica. Una guida pratica Kataweb Edit. 2023
ilmiolibro.kataweb.it/libro/medicina-e-salute/644007/metodologia-clinica

Per approfondire la diagnostica di Laboratorio:
Carraro Paolo, Carraro Stefano, Collecchia Giampaolo, Riccardo De Gobbi et Al.:Intepretazione clinica degli esami di laboratorio Il Pensiero Scientifico Edit. Roma 2022
pensiero.it/catalogo/libri/professionisti/interpretazione-clinica-degli-esami-di-laboratorio