

LACTANTE CON CONVULSIONES SECUNDARIAS A HIPOCALCEMIA

Marín Muñoz A¹, Castillo Gómez B¹, Ruiz Pérez L¹, Lillo Laguna L¹, Marcos Oltra A²

¹Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante

²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

INTRODUCCIÓN

Se define hipocalcemia como un calcio en sangre por debajo de 8.5 mg/dL o un calcio iónico inferior a 1.1 mmol/L. Presenta síntomas variables que dependen de la edad del paciente, de la causa y de la velocidad de instauración.

Su etiología es muy variada, pudiendo cursar con alteraciones de los niveles de paratohormona (PTH), vitamina D, magnesio o fosfato, con un origen genético o adquirido. El tratamiento se fundamenta en la corrección de las alteraciones iónicas y de dicha causa subyacente.

OBJETIVOS

El objetivo es presentar un caso clínico de convulsiones secundarias a hipocalcemia debidos a una causa frecuente y en un grupo poblacional habitual para dicha alteración iónica.

CASO CLÍNICO

Acude a Urgencias un lactante varón de 32 días de vida, de origen marroquí por episodios reiterados de movimientos clónicos de todas las extremidades junto a parpadeo y chupeteo de unos segundos/minutos de duración. Presentaba vómitos y deposiciones diarreicas de 24 horas de evolución.

Como antecedentes personales, tomaba lactancia mixta y no recibía suplementación con vitamina D.

Además, su madre estaba en seguimiento por Endocrinología por un hiperparatiroidismo en estudio y un déficit de vitamina D.

A su llegada, presenta TEP estable, con constantes vitales y exploración física normales.

Entre las pruebas complementarias realizadas, destaca una hipocalcemia de 4 mg/dL (Ca iónico 0.55 mmol/L), hipomagnesemia de 1.4 mg/dL, hiperfosfatemia de 10.5 mg/dL y un ECG con un QTc de 578 mseg.

Durante su estancia en Urgencias, realiza 6 crisis de similares características. Se administra hasta 4 bolos de gluconato cálcico 10% iv 1ml/kg y perfusión continua de gluconato cálcico 10% 4.8 ml/kg/día y sulfato de magnesio iv 50mg/kg/dosis. Ante persistencia de la clínica y de las alteraciones iónicas a pesar del tratamiento, se decide ingreso en UCI pediátrica.

COMENTARIOS

El hiperparatiroidismo materno y el déficit de vitamina D pueden ser causa de hipocalcemia, tal y como está documentado en otros casos de la literatura científica.

Muchos de estos casos, así como el presente, son pacientes procedentes del Magreb y del África subsahariana, que emplean indumentarias tradicionales que cubren la mayor parte del cuerpo y la escasa exposición a luz solar secundaria.

De tal forma, el 50% de los hijos de madres con hiperparatiroidismo no tratado, presentarán síntomas relacionados con hipocalcemia, por lo que es importante el estudio y tratamiento en la madre.