

HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA EN LACTANTE. LA IMPORTANCIA DEL MAGNESIO.

López Jesús M, Martínez Marín, L, Hernández Pérez de Alejo AL, Robles García M, Cuesta Armero I, Ruiz Tudela, L.
Hospital Universitario Rafael Méndez. Lorca

INTRODUCCIÓN

La clínica de la hipocalcemia puede ser más o menos significativa dependiendo de los niveles de calcio y el tiempo de instauración. Debemos medir niveles de magnesio, fosforo, PTH y vitamina D, en el estudio inicial. La hiperfosfatemia, hipoparatiroidismo, malabsorción intestinal de calcio, déficit de vitamina D, diuréticos (furosemida), alcalosis e hipomagnesemia, deben considerarse en el diagnostico diferencial. En casos de hipomagnesemia grave se produce una hipocalcemia secundaria, ya que la no reabsorción del magnesio provoca disminución de la secreción y resistencia de PTH, disminuyendo así la calcemia.

➤ Presentamos 2 casos de hipocalcemia en lactantes con misma clínica al debut y diferente etiología:

CASO 1

Lactante de 30 días ingresada por presentar durante horas mioclonías del hemicuerpo izquierdo y movimientos de chupeteo. Afebril. Destaca catarata bilateral congénita nistagmo horizontal, y hermana de 3 años con nistagmo. En la analítica se detecta **hipocalcemia** (calcio 5.6 e iónico de 2.6 mg/dl). Se inician aportes de calcio intravenosos (GluconatoCa 10% 1ml/Kg) y orales de mantenimiento (20mg/Kg/día) pero las convulsiones persisten. Se detecta **hipomagnesemia** asociada de 0.9 mg/dl, que con su corrección con de sulfato de magnesio iv (50mg/Kg) y aportes orales de mantenimiento (80 mg/Kg/d) ceden los movimientos anormales sin incidencias. Hiper calciuria, nefrocalcinosis, PTH normal, vitamina D baja. Estudio familiar de calcemia normal. Arrays normal. Alteración en el gen de la claudina 19, siendo diagnosticada de Hipomagnesemia familiar con hiper calciuria y nefrocalcinosis

CASO 2

Lactante de 40 días ingresada por presentar 3 episodios en las últimas 24 horas de hipertonia, revulsión ocular y movimientos clónicos de miembros inferiores de 10 min de duración. Presenta uno en urgencias que cede midazolam 0.2 mg/Kg iv. Afebril. No sintomatología infecciosa intercurrente. Adecuada toma de vitamina D. Exploración normal salvo hernia umbilical 3x4 cm y telarquia bilateral (S3). En analítica se observa **hipocalcemia** (Ca 6.6, iónico 3.27 mg/dL). **PTH normal, fosforo y magnesio normales**. Se inician aportes de calcio iv desapareciendo los episodios. Arrays: **22q11 (Di George)**. Resto de pruebas normales.

CARACTERISTICAS	CASO 1	CASO 2
Edad y sexo	Mujer. 40 días	Mujer. 30 días
AF	Sin interés	Hermana 2años con Hipomagnesemia leve y nistagmo horizontal
AP	Telarquia (S3) Hernia umbilical 3x4 cm	Catarata congénita bilateral. Nistagmo horizontal
Clínica	4 episodios de hipertonia, revulsión ocular y movimientos clónicos de MMII de 10 min de duración	Clínica mioclonías del hemicuerpo izquierdo y movimientos de chupeteo
Tratamiento inicial	midazolam 0.2 mg/Kg iv.	midazolam 0.2 mg/Kg iv.
Hallazgo analítico	Ca 6.6, iónico 3.27 mg/dL.	Ca 5.6, iónico 2.6 mg/dL. Mg 0.9 mg/dL
Tratamiento posterior	GluconatoCa 10% 1ml/Kg	GluconatoCa 10% 1ml/Kg Sulfato mg 50 mg/Kg
Resto de exámenes	PTH normal, fosforo y magnesio normales. Vitamina D normal.	PTH y fosforo normal hipovitaminosis D. Nefrocalcinosis.
Diagnostico	Arrays: 22q11 (Di George).	Hipomagnesemia familiar con hiper calciuria y nefrocalcinosis
Estudio de extensión	Inmunología a, cardiología: Normal	Arrays/Di George normal.

CONCLUSIÓN

El magnesio no suele ser una determinación habitual, de hecho en algunos laboratorios no se dispone de forma urgente, de ahí la dificultad del diagnostico en situaciones de emergencia como el caso que presentamos. Es muy importante la sospecha clínica en situaciones de hipocalcemia, sobre todo en aquellos casos que no responden a los aportes de calcio. Por otro lado, el estudio de la orina, pruebas de imagen y valoración oftalmológica nos dan datos fundamentales para la aproximación diagnostica.