



P-317 - HIPOCALCEMIA SINTOMÁTICA

P. Sánchez Amador

CS Enguera.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito del caso: multidisciplinar (A. Primaria, Urgencias, Medicina Interna y Endocrino). Mujer 73 años acude por mialgias 3 días de evolución, que asocia parestesias periorales y de MMII que le impiden la bipedestación.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 138/84 mmHg. FC: 113 lpm. Tª: 37,4 °C. SatO₂: 93% (Oa). Buen estado general. No focalidad neurológica. AP: murmullo vesicular conservado. Crepitantes en base izquierda. Edemas bimaleolares en MMII con fovea, pulsos pedios presentes y simétricos. No signos de TVP. Bioquímica: sodio 136 mEq/l, potasio 4,3 mEq/l, CK 307 UI/L, creatinina 0,80 mg/dL, PCR 238 mg/L, procalcitonina 0,13 ng/mL calcio 4,8 mg/dl, albúmina 3,1 g/dl, magnesio 1,5 mg/dL Hemograma: leucocitos 16,30, granulocitos 13,30, hemoglobina 11,30 g/dL, hematocrito 34,20%, dímero D 3.095 ng/mL. Hormonas: PTH 5 pg/ml, TSH 18,41, T4L 0,8, vitamina D 15. Gasometría: pH 7,48, pO₂ 68,50 mmHg, pCO₂ 35,40 mmHg, HCO₃ 25,90 mmol/L, lactato 1,00 mmol/L. Anormales y sedimento: nitritos negativos, hematíes 15-20/campo, leucocitos 25-50/campo, bacteriuria+. Punción lumbar: hematuria 15, leucocitos 4, glucosa 107 mg/dL, proteínas 54 mg/dL. Radiografía tórax: no derrame. Sin condensaciones. Electrocardiograma: ritmo sinusal, FC: 110 lpm, PR: 170 ms, QRS: 70 ms, QTc: 438 ms.

Juicio clínico: Hipocalcemia grave sintomática. Tratamiento: gluconato cálcico. Dosis inicial: 2 amp/100 ml. SG 5% en 20 min. Dosis mantenimiento: 6 amp/500 ml. SG 5% a 100 ml/h.

Diagnóstico diferencial: Infecciosa influenza (gripe), la enfermedad de Lyme, malaria, toxoplasmosis, dengue. Reumatológicas: LES, polimiositis, [dermatomiositis](#). Endocrino metabólicas: las más frecuente es la hipocalcemia, y las alteraciones del magnesio. Tóxicos/fármacos: glucocorticoides, colchicina, antipalúdicos, estatinas.

Comentario final: La hipocalcemia se define calcio sérico por debajo de 8,5. Prevalencia 18% en pacientes hospitalizados y 85% pacientes en cuidados intensivos. Las modificaciones en la concentración de proteínas hacen que varíe la cifra de calcio total es por ello que las cifras de calcio deben ajustarse a la concentración de albúmina y proteínas. La hipocalcemia presenta un amplio espectro desde formas asintomáticas hasta otras que provocan, incluso riesgo vital. Alteraciones neuromusculares lo más característico es la tetania que se produce por la hiperexcitabilidad neuromuscular. Comienzan siendo leves como parestesias priorales y distales de MMII y MMSS, mialgias y calambres. Graves como broncoespasmo y laringoespasmo. Maniobras que pongan en evidencia la existencia de irritabilidad neuromuscular. Estos son: signo de Trousseau: consiste en la

aparición de espasmo carpiano, tras provocar isquemia durante más de 3 min insuflando el esfigmomanómetro por encima de la presión sistólica. Signo de Chvostek: consiste en la contracción de la musculatura facial ipsilateral al percutir el nervio facial por delante del conducto auditivo externo. Manifestaciones cardiovasculares: El cambio más habitual en el ECG es el alargamiento del QT. La aparición de arritmias graves como fibrilación ventricular o torsades de pointes es poco habitual. Para conocer la etiología es necesario la PTH. En nuestro caso la PTH esta disminuida, nuestra paciente tiene como antecedente quirúrgico una tiroidectomía total recientemente por lo que la hipocalcemia es debida a un hipoparatiroidismo en este caso postquirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed.