

Tetania hipocalcémica por intoxicación por enemas de fosfato sódico hipertónico

Fosfato sodiko hipertoniko enemak eragindako tetani hipokaltzemikoa

J. Úriz Monaut, P. Gómez Cabanillas,
J. Landa Maya, I. Irastorza Terradillos

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Servicio de Pediatría. Hospital Donostia

Correspondencia:

J. Úriz Maonaut
Unidad Cuidados Intensivos Pediátricos
Hospital Donostia
Paseo Doctor Beguiristáin, s/n
20014 Gipuzkoa

INTRODUCCIÓN

Los enemas de fosfato sódico hipertónico (EPNH) son frecuentemente utilizados en pacientes pediátricos, tanto en el tratamiento del estreñimiento como en la preparación intestinal para determinados estudios radiográficos. Se trata de una medida terapéutica que puede ser utilizada sin necesidad de prescripción médica y que no en pocas ocasiones se usa de modo indiscriminado como alivio sintomático del estreñimiento persistente. El uso de estos enemas, como es bien sabido, se asocia con cierta frecuencia a alteraciones electrolíticas (Hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipopotasemia, acidosis metabólica...), tetania, deshidratación e incluso asistolia y éxitus.

Presentamos un caso de tetania hipocalcémica tras el uso de EPNH.

CASO CLÍNICO

Paciente de 3,5 años que ingresa en UCIP por crisis de tetania de unas 4 horas de evolución tras habersele administrado previamente un EPNH. Refieren episodios de sintomatología similar pero más leve en el último mes.

Antecedentes Personales: estreñimiento desde los 6 meses de edad con diferentes tratamientos (Aceite de parafina, cisaprida, lactulosa...). Controlado en Consulta de Cirugía Infantil con irregular asistencia y cumplimiento terapéutico. Estudios radiológicos: dilatación de colon. Manometría sin hallazgos patológicos. En los últimos meses y con una frecuencia quincenal recibe tratamiento con EPNH por iniciativa paterna.

Exploración Física: peso y Talla dentro de percentiles. Afebril, FC 150/min, FR 80/min, TA 105/49 mmHg, SatO₂ 97% (FiO₂ 0,21). Estado general decaído con mala per-



Figura 1. Mano en comadrona.



Figura 2. Espasmo pedal.

fusión periférica. Obnubilación, irritabilidad, Glasgow 15. Espasmo carpopedal (Figs. 1 y 2) (mano en comadrona). ACP: respiración superficial con polipnea. Taquicardia con tonos rítmicos sin soplos. Resto de exploración sin hallazgos patológicos.

Exámenes complementarios: bioquímica: Na: 134,1 mEq/L, K: 3,92 mEq/L, Ca: 4,4mg/dL, Ca iónico (pH 7,40): 1,98 mg/dL, Mg: 1,7 mg/dL, Fósforo (6h de ingreso): 7,7mg/dL. Gasometría: pH: 7,31, pCO₂: 42 mmHg, Bicarbonato: 20,4 mmol/L, Exceso de Bases: -4,5 mmol/L.

Rx abdomen: Importante dilatación de colon.

Evolución y tratamiento

A su ingreso en la unidad se inicia tratamiento con sueroterapia y gluconato cálcico i.v., cediendo la sintomatología en las primeras horas y corrigiéndose progresivamente la hipocalcemia. Durante la rehidratación queda manifiesta una hipopota-

semia que se corrige con incremento de aportes i.v.

La evolución ha sido favorable permaneciendo hemodinámicamente estable sin necesidad de oxígeno suplementario.

COMENTARIOS

Como bien es sabido los EPNH son ampliamente utilizados en pacientes pediátricos pero no están exentos de riesgos.

Pueden estar indicados en el tratamiento de la desimpactación fecal administrándose con precauciones y bajo control médico. Se debe evitar la retención prolongada del enema por lo que en el caso de no producirse la eliminación espontánea en el plazo de 20-30 minutos, ésta debe facilitarse mediante sonda rectal o enemas de agua jabonosa para evitar su absorción y posible toxicidad.

Su uso debiera evitarse en niños con factores de riesgo conocidos como: insuficien-

TABLA I. EVOLUCIÓN DE CONTROLES ANALÍTICOS

	Ingreso	6 horas	16 horas	30 horas
Sodio.	134,1		134,3	135,2
Potasio.	3,92		2,62	4,79
Calcio.	4,4	7	8,2	8,5
Calcio iónico.	1,98	2,07	4,18	4,2
Fósforo.		7,3	3,2	1,9
Creatinina.	0,65		0,51	
Urea.	42		15	
pH	7,31		7,43	
pCO ₂	42		40	
Bicarbonato	20,4		26	
Exceso de bases	-4,5		2	

cia renal crónica (disminución de aclaramiento de fosfato), alteraciones en la motilidad intestinal orgánicas o funcionales, deshidratación y por último en niños menores de 2 años, en los que se ha evidenciado una absorción intestinal aumentada.

Debe plantearse su indicación individualmente en cada caso y sobre todo nunca ofrecer a los padres esta posibilidad co-

mo tratamiento rápido y domiciliario del estreñimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Craid JC, Hodson EM. Phosphate enema poisoning in children. Med J Aust 1994; 160:347-351.
- Ballesteros Garcia M, Sánchez Díaz JI. Intoxicación tras el uso de enema de fosfato sódico. An Esp Pediatr 2001;55:92-93.