

Déficit de vitamina D como causa de tetania latente

Sr. Director:

La tetania, neurofisiológicamente se define como un conjunto de descargas repetitivas de potenciales de acción de alta frecuencia que son debidos a un incremento de la irritabilidad neuromuscular.

Inicialmente este cuadro se puede presentar con parestesias circunmoriales en manos o pies, pero a medida que aumenta la intensidad puede dar lugar a calambres, espasmos carpopedales, laringoespasma o crisis epilépticas. Sin embargo, no es rara la presentación de síntomas psiquiátricos como fatiga, hiperirritabilidad, ansiedad o depresión.

Dentro de la tetania hay que distinguir dos tipos: la mani-fiesta y la latente. La primera suele ser consecuencia de cuadros de hipocalcemia, en la mayoría de los casos secundaria a paratiroidectomía. Por el contrario, la tetania latente suele asociarse a hiperventilación y/o déficit de magnesio^{1,5}, aunque existen en la literatura casos asociados a distonía autonómica vascular⁶ o síndrome de Conn⁷.

Presentamos el caso de una paciente que tras ser valorada por diferentes especialistas fue diagnosticada de tetania latente por déficit de vitamina D asociada a hiperventilación y con síndrome ansiosodepresivo. Creemos que es un caso digno de análisis, no sólo por la dificultad diagnóstica, sino por los pocos casos similares que existen en la literatura tras realizar una exhaustiva búsqueda en Medline (1976-2005; palabras clave: latent tetany and vitamine D deficiency). Además, pensamos que es una entidad infradiagnosticada y en la que sería fundamental un diagnóstico y tratamiento precoz para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Se trata de una mujer de 54 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial (HTA) y síndrome ansioso-depresivo que consultó por cuadro de tres años de evolución consistente en episodios paroxísticos de espasmos en manos y en pies, de unos 30 minutos de duración, acompañados de parestesias en miembros superiores que le imposibilitaban la realización de una vida normal. Estos episodios algunas veces eran de resolución espontánea y otras

tras la administración de ansiolíticos (diazepam); asimismo se objetivaron palpitaciones y elevaciones de las cifras de tensión arterial precediendo a los espasmos.

En lo que respecta a la exploración física sólo destacaba un ligero temblor distal en miembros superiores, presente a pesar de maniobras de distracción, así como un signo de Trousseau positivo a los 50 segundos.

En lo referente a las pruebas complementarias se realizaron: hemograma, bioquímica general, niveles de calcio, hormona paratiroidea (PTH), catecolaminas en orina, hormonas tiroideas, aldolasa, anticuerpos antinucleares (ANA), antígeno nuclear extraíble (ENA), cobre y ceruloplasmina que fueron normales; por el contrario, la determinación de magnesio, vitamina D y calcio en orina mostraban valores por debajo del límite inferior de la normalidad.

Para completar el estudio se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) craneal que fue normal y un electromiograma que mostraba descargas repetitivas espontáneas de potenciales de unidad motora en forma de dobletes y tripletes tras 5 minutos de isquemia parcial del miembro superior derecho.

Con el diagnóstico de tetania latente paroxística asociada a déficit de vitamina D y magnesio, la paciente fue valorada por los servicios de aparato digestivo y endocrinología, que mediante la realización de las pruebas complementarias pertinentes descartaron problema digestivo o endocrinológico que justificaran el proceso, por lo que se emitió el diagnóstico definitivo de «tetania latente paroxística por déficit de magnesio y vitamina D» y se inició tratamiento con vitamina D, sales de magnesio, antidepresivos y ansiolíticos, normalizándose los parámetros séricos y desapareciendo la clínica de la paciente. Los trastornos musculares caracterizados por calambres, espasmos y dolor suponen un problema diagnóstico en la práctica clínica diaria, siendo en la mayor parte de los casos necesario un estudio amplio para llegar al diagnóstico etiológico⁸. En nuestra paciente las crisis se diagnosticaron coincidiendo con una cifras séricas de vitamina D descendidas, sin las cuales, quizás, no nos hubiéramos planteado el diagnóstico.

Las causas del síndrome son desconocidas, pero parece que es debido a una respuesta anormal de las membranas neuronales sin relación directa con trastornos de la homeostasis del calcio provocado por la hiperventilación que suele acompañar a los trastornos psicológicos como la ansiedad^{4,9}. En estos casos se han encontrado también unas cifras descendidas de magnesio sérico.

El diagnóstico se realiza a través de la prueba de Trousseau, signo que aparece tras provocar una isquemia, la cual incrementa la excitabilidad neuronal en los troncos nerviosos, o bien mediante electromiografía⁹. En una tetania hipocalcémica se suele objetivar la aparición de dobletes y tripletes de potenciales de unidad motora de frecuencia rápida. En la tetania normocalcémica, al incrementar la intensidad de la contracción los potenciales de unidad motora aumentan en frecuencia y en intensidad, apareciendo cuadrupletes de al menos dos minutos de duración¹⁰.

En lo que respecta al tratamiento, en los casos que no responden al habitual puede usarse la carbamazepina, ya que se ha visto que puede disminuir la sintomatología hasta en un 58% de los pacientes¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Taborska V. Incidence of latent tetany in patients with panic disorder. *Cesk Psychiatr.* 1995;91:183-90.
2. Rogers R, Fairfield JE. Latent hypomagnesaemic tetany. *Lancet.* 1994; 343:63.
3. Frances Y, Collet F, Luccioni R. Long term follow-up of mitral valve prolapse and latent tetany. Preliminary data. *Magnesium.* 1986;5:175-81.
4. Isgreen WP. Normocalcemic tetany. A problem of erethism. *Neurology.* 1976;26:825-34.

5. Durlach J, Bac P, Durlach V, Bara M, Guiet-Bara A. Neurotic, neuromuscular and autonomic nervous form of magnesium imbalance. *Magnes Resv.* 1997;10:169-95.
6. Kushnir GM. Tetanic in autonomic vascular dystonia in children. *Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova.* 1990;90:31-6.
7. Davies JS, Aguirre G, Cassidy DM, Griffiths BE. Latent tetany associated with the hypokalaemia of Conn syndrome. *Int J Clin Pract.* 1998;52:347-8.
8. Torunska K. Tetany as a difficult diagnostic problem in the neurological outpatient department. *Neurol Neurochir Pol.* 2003;37:653-4.
9. Seeling MS, Berger AR, Spielholz N. Latent tetany and anxiety, marginal magnesium deficit and normocalcemia. *Dis Nerv Syst.* 1975;36:461-5.
10. Deecke L, Muller B, Conrad B. Standardization of the electromyographic tetany test in the diagnosis of normocalcemic tetany: the 10-minute Trousseau test in patients and healthy humans. *Arch Psychiatr Nervenkr.* 1983;233:23-37.
11. Kukumberg P. Carbamazepine in the treatment of tetanic syndrome. *Cesk Neurol Neurochir.* 1991;54:116-9.

I. F. Aomar Millán, Á. Gómez Camello,
R. Ríos Fernández, F. Barrero y B. Gil Extremera
Hospital Clínico San Cecilio. Granada.