



Hipocalcemia grave secundária ao uso de bisfosfonato de cálcio, relato de caso

Amaro Alves Fernandes¹; Andressa Canzian Lopes Lubanco²; Bianca Magnelli Mangiacavacchi²

¹ Graduando do 9º período do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos-FAMESC; ² Docente do Curso de Medicina da Faculdade Metropolitana São Carlos FAMESC

Introdução/Fundamentos

A hipocalcemia é um distúrbio no íon cálcio que a níveis muito abaixo da sua concentração, podem levar o paciente a uma apresentação de quadro clínico de tetania, parestesia generalizadas e até mesmo convulsão, onde na maioria dos casos, não ocorre a identificação pelo médico e até mesmo podendo ser confundido com outros diagnósticos, tal como uma tetania ou até mesmo um quadro de AVE. A manutenção da calcemia dentro da normalidade é o resultado da interação do hormônio paratormônio (PTH) e da vitamina D sobre o osso, rim e o intestino. A concentração plasmática total normal de cálcio varia de 8,8 a 10,4 mg/dL. Ao exame físico, as alterações mais características da hipocalcemia são os sinais de Trousseau e Chvostek. Os bisfosfonatos (BP's) constituem uma classe de substâncias químicas análogos aos pirofosfato inorgânico, que possuem atividade quelante promovendo a ligação dos íons fósforos e carbonos de sua composição, ao cálcio para a formação de hidroxiapatita para o remodelamento ósseo. Os BP's atuam diminuindo a reabsorção óssea através da inibição mediada pelos osteoclastos e seus precursores.

Objetivos

O objetivo desse estudo é relatar e discutir um quadro clínico de hipocalcemia grave após uso de bisfosfonato intravenoso, em paciente com doença de Crohn.

Relato de caso

Paciente do sexo feminino, 68 anos de idade, do lar, residente em Bom Jesus do Itabapoana RJ, hipertensa, portadora da doença de Crohn deu entrada ao serviço de emergência no pronto socorro do Hospital São Jose do Avaí-Itaperuna- RJ ao sentir parestesia em membros superiores e perioral, com espasmo dos dedos das mãos e língua "pesada", incapacitando-a de emitir sons. A paciente evoluiu com tetania e foi encaminhada ao serviço de Unidade de terapia intensiva (UTI). Apresentava história de diarreia crônica e com sangue, em acompanhamento por doença de Chron, em uso de azatioprina. Referia cirurgia intestinal por uma úlcera perfurada no intestino grosso, conseqüente a doença inflamatória intestinal e foi realizado ressecção de um segmento do cólon.

Discussão

É importante destacar a clínica da doença de Crohn, onde há uma redução na densidade mineral óssea, com isso um fator determinante para queda no nível de cálcio sérico da paciente, adicionado a aplicação intravenosa do ácido zoledrônico, evoluindo com quadro de hipocalcemia grave. O diagnóstico clínico é realizado pela dosagem da amostra de cálcio sérico, e o tratamento da hipocalcemia depende de sua etiologia e da severidade, entretanto a reposição de cálcio leva à melhora apenas transitória e precisa ser repetida. Em casos de hipocalcemia sintomática, o tratamento deve ser mais agressivo. Os sintomas geralmente aparecem quando o cálcio ionizado é menor que 2.81 mg/dl ou o cálcio total é menor que 7.01 mg/dl; faz-se então, a dosagem de cálcio sérico e albumina, pelo menos duas vezes e descarta-se origem hormonal, caso pela hipoprodução do paratormônio, inicia-se o carbonato de cálcio (1,5 a 3g/dia de cálcio elementar, em doses divididas) + calcitriol (0,25 a 1ug/dia via oral) ou vitamina D2/D3 (25.000 a 100.000 UI/dia via oral). O carbonato de cálcio é o mais utilizado e cada grama de carbonato de cálcio fornece 400 mg de cálcio. Deve ser administrado junto as refeições do paciente para que ocorra a sua solubilização. As outras preparações de sais de cálcio são o lactato, o gluconato e o cloreto de cálcio. Quanto a vitamina D, o ideal é o uso da forma mais ativa a 1,25(OH)₂ vitaminas D o calcitriol (Rocaltrol, cápsulas de 0,25 mcg).

Conclusões/Considerações Finais

A hipocalcemia pode não se manifestar fisiologicamente no organismo quando os níveis não forem tão baixo dos níveis séricos normais. No caso clínico proposto, temos um quadro supostamente de hipocalcemia assintomática onde a administração de bisfosfonato intravenoso evoluiu com um quadro sintomático grave. Embora a paciente necessitasse do fármaco da classe dos bisfosfonatos para o tratamento da osteoporose grave, o ideal seria realizar um screening prévio de todos os eletrólitos, uma vez que ela sofreu com a queda do cálcio sérico após o uso da injeção.

Referências Bibliográficas

- Mortensen L, Hyldstrup, Charles P. Effect of vitamin D treatment in hypoparathyroidism patients: a study on calcium, phosphorus and magnesium homeostasis. Eur J Endocrinol 1997; 136:52-60.
- Maeda SS, Fortes EM, Oliveira UM et al. Hypoparathyroidism and pseudohypoparathyroidism. Arq Bras EndocrinolMetabol. 2006; 50:664-73.
- Fraunfelder FW, Fraunfelder FT: Bisphosphonates and Ocular Inflammation. N Engl J Med 348: 1187-8, 2003.