



CARTAS AL EDITOR

Uso de vitamina D en el neonato: una rara causa de irritabilidad



Vitamin D in the newborn: An unusual cause of irritability

Sra. Editora:

Los niveles de vitamina D en neonatos dependerán de los maternos, dado que han sido las transmisoras de la misma durante la gestación, así como de la ingesta y producción propia tras el nacimiento. Aquellos casos en los que coexiste lactancia materna exclusiva con variables de riesgo (étnicas, exposición solar escasa...), podrían dar lugar a alteraciones inmunitarias o del metabolismo mineral, al provocar estas situaciones déficit de vitamina D con respecto al umbral deseado. Dicho motivo llevó a instaurar la recomendación desde 1997 de suplementar la alimentación del neonato y lactante. Actualmente, la Academia Americana de Pediatría recomienda que todos los niños desde que nacen, incluidos los adolescentes, reciban un mínimo de 400 UI/día de vitamina D, aconsejado también por las asociaciones pediátricas españolas¹. Dicha recomendación parece ser tema controvertido, planteándose incluso la necesidad de 1.600 UI/día para aumentar la concentración de 25(OH)D hasta 75 nmol/l, lo que puede asociarse a aparición de hipercalcemia².

A raíz del interés resurgido sobre la vitamina D, presentamos un caso (que recordaba a casos previos) de un lactante de 21 días, sin incidencias desde el nacimiento y que consultó por presentar abdominalgia, llanto e irritabilidad muy marcada, que la madre relacionó con inicio de suplementación con vitamina D (6 gotas/día equivalentes a 400 UI), comprobando que tras su retirada la irritabilidad desaparecía, así como reaparecía al reintroducirla. Exploración normal. Se decidió retirar la administración de vitamina D.

Tras revisar la ficha técnica del fármaco se encontraron posibles efectos adversos debidos a toxicidad por hipercalcemia: calcificación excesiva ósea o partes blandas (renal, pulmonar, timpánica, cardíaca o de vasos sanguíneos) y síntomas inespecíficos como prurito, anorexia, vómitos, diarrea, cefalea, debilidad o nerviosismo. En lactantes,

además, pueden presentarse molestias gastrointestinales, fragilidad ósea o retrasos en el crecimiento.

Ampliando la búsqueda bibliográfica hallamos la aparición de hipercalcemia en casos de sobredosis³ hablándose de un umbral permitido de seguridad en los niveles plasmáticos de 25(OH)D de hasta 150 ng/ml. En la Agencia Española del Medicamento no se constatan alertas sobre el colecalciferol, tampoco en la base de datos europea. Llama la atención en cuanto a la utilización de la vitamina D, la escasa adherencia al tratamiento que se encuentra únicamente en un 5-36%⁴.

La decisión de notificar este hallazgo persigue realizar una llamada de atención a cerca de los casos que podrían encontrarse diariamente en nuestros pacientes y que a veces pueden «hacer esbozar un rictus de incredulidad» cuando parece existir la posibilidad de que estemos ante efectos adversos de un fármaco, por muy seguro que parezca aun a dosis profilácticas o terapéuticas.

El motivo de consulta por irritabilidad en este grupo de edad a menudo genera grandes incógnitas, planteándonos muchas dudas sobre si el comportamiento es normal o patológico.

No se ha encontrado una posible causa de esta relación que puede cursar en el campo del metabolismo calcio/fosforo y su relación con la transmisión neuromuscular.

El acúmulo de otros casos similares podría ayudar a que situaciones como la relatada tomaran cuerpo y se obtuvieran nuevas conclusiones.

Bibliografía

1. Masvidal Aliberch RM, Ortigosa Gómez S, Baraza Mendoza MC, García-Algar O. Vitamina D: fisiopatología y aplicabilidad clínica en pediatría. *An Pediatr (Barc)*. 2012;77:279, e1-10.
2. Gallo S, Comeau K, Vanstone C, Agellon S, Sharma A, Jones G, et al. Effect of different dosages of oral vitamin D supplementation on vitamin D status in healthy, breastfed infants: A randomized trial. *JAMA*. 2013;309:1785-92.
3. Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos (CADIME) [citado 5 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.cadime.es/es/index.cfm>
4. Oberhelman SS, Meekins ME, Fischer PR, Lee BR, Singh RJ, Cha SS, et al. Maternal vitamin D supplementation to improve the vitamin D status of breast-fed infants: A randomized controlled trial. *Mayo Clin Proc*. 2013;88:1378-87.

L. Trujillo Caballero^{a,*}, J.M. García Puga^b
y S. Alguacil Antón^c

^a *Pediatría, Hospital Materno-Infantil del Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España*

^b *Pediatría, Centro de Salud Salvador Caballero, Granada, España*

^c *Medicina de Familia, Hospital San Cecilio, Granada, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lauramix25@gmail.com
(L. Trujillo Caballero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2014.12.010>

Una rara causa de dolor abdominal en un niño sano



A rare cause of abdominal pain in a healthy child

Sra. Editora:

El reciente artículo «Imagen de esofagitis en el inmunocompetente: posibilidades diagnósticas»¹ comenta el caso de una esofagitis herpética en una niña inmunocompetente que recibió tratamiento con Aciclovir. Como se comenta, la esofagitis herpética es una infección común oportunista en el paciente inmunocomprometido, sin embargo en el individuo inmunocompetente es una enfermedad poco descrita y posiblemente infradiagnosticada², más aún en la población pediátrica donde la prevalencia de primoinfección herpética es elevada, y donde enfermedades más frecuentes tienen síntomas similares³.

Presentamos el caso de un niño de 10 años de edad sano sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias por un cuadro de 7 días de evolución de fiebre elevada y dolor epigástrico; como consecuencia había perdido 2,5 kg de peso en una semana. Su madre había padecido un herpes labial previo al comienzo de los síntomas.

La exploración física revelaba signos de deshidratación leve y dolor epigástrico a la palpación abdominal. El resto de la exploración fue normal, sin observarse lesiones herpéticas.

Los estudios de laboratorio fueron anodinos salvo una proteína C reactiva de 1,4 mg/dl. Se realizó una endoscopia digestiva alta con toma de biopsias, que mostraba una mucosa esofágica en tercio inferior y medio intensamente inflamada con erosiones y úlceras longitudinales (fig. 1), siendo la mucosa del tercio superior normal.

El estudio anatomopatológico de la biopsia esofágica mostraba cambios de tipo viral con celularidad inflamatoria, las técnicas específicas de inmunohistoquímica para VHS-1 y 2 fueron positivas (fig. 2); al igual que el estudio microbiológico mediante PCR para VHS-1. El resto de estudios microbiológicos para otros virus y hongos fueron negativos. Ante el diagnóstico de esofagitis se inició tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones; cuando se confirmó el origen herpético se añadió al tratamiento Aciclovir® oral. Fue seguido en la consulta de gastroenterología infantil con buena evolución.

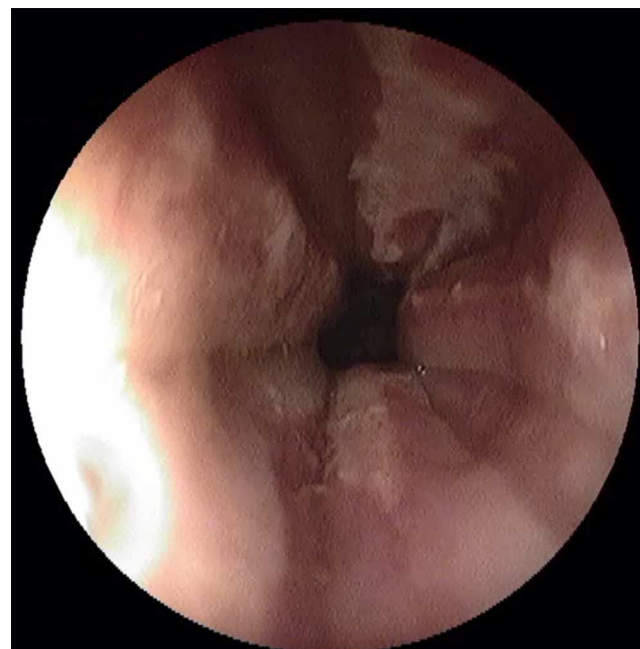


Figura 1 Imagen de endoscopia digestiva alta que muestra en el tercio medio e inferior del esófago una mucosa intensamente inflamada con erosiones y úlceras longitudinales.

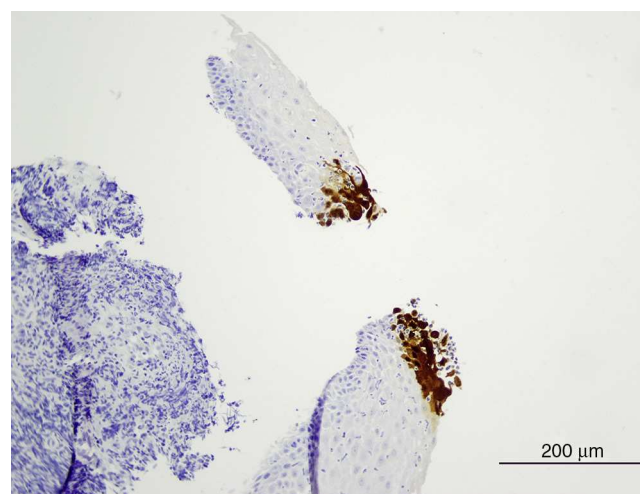


Figura 2 Imagen del estudio anatomopatológico mediante técnica específica de inmunohistoquímica para VHS-1 y 2 positiva.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.10.042>.