

## CASO 1

### “HIPOCALCEMIA INDUCIDA POR ANTICONVULSIVANTES”

Presenta: Dra. Carolina Villalobos Rubilar  
Becada Endocrinología Adultos HSJD Universidad de Chile  
Grupo de Endocrinología Grupo Occidente

La epilepsia es una enfermedad neurológica frecuente. En Chile, la prevalencia estimada es de 10.8 a 17.0 por 1000 habitantes. La primera opción para su tratamiento son los fármacos antiepilépticos los cuales logran un aceptable control de enfermedad en la mayoría de los casos, sin embargo, tienen la potencialidad de desencadenar una serie de efectos adversos destacando entre ellos el desarrollo de hipocalcemia.

Mujer de 48 años con antecedente de epilepsia diagnosticada a los 21 años de edad y en tratamiento con Carbamazepina desde esa fecha. Derivada a Policlínico de Endocrinología por hipocalcemia severa. No relata síntomas asociados. Sin comorbilidades ni antecedentes familiares de importancia. Historia gineco-obstétrica sin eventos adversos, madre de 2 hijos sanos. Exploración física sin fenotipo particular ni hallazgos patológicos. En exámenes realizados en atención primaria destaca calcemia 6.5 mg/dl, fosfemia: 3.8 mg/dl, albúmina: 4.2 g/dL, paratohormona (PTH): 301 pg/mL, 25OHVD: 22.5 ng/mL con función renal normal. (Tabla 1, control 1). Se solicita nuevo estudio bioquímico evidenciándose similares alteraciones destacando iPTH: 2060 pg/ml e hipocalcemia persistente con fosfemia normal. Destaca además la presencia de calcificaciones de ganglios basales en resonancia magnética cerebral solicitada por neurólogo tratante. Se plantea Pseudohipoparatiroidismo como una de las posibilidades diagnósticas y se solicita estudio de los otros ejes hormonales asociados a proteína G, los cuales resultan todos normales. Estudio de malabsorción intestinal / Enf. celíaca negativo. Se indicó Carbonato Calcio / Vit D3 (320mg/125 UI) 2 comprimidos tres veces al día durante dos semanas persistiendo hipocalcemia pese a tener niveles suficientes de vitamina D. Por lo anterior se plantea interferencia de anticonvulsivantes sobre niveles de 1,25 OHVD biodisponible decidiéndose agregar a su terapia Calcitriol. Luego de tres meses se observa normalización de calcio y PTH (Tabla 1, control 5 y 6) y ganancia en su densidad mineral ósea tras 24 meses de tratamiento.

	Control 1	Control 2	Control 3	Control 4	Control 5	Control 6
Calcio c(mg/dL) [8,6-10,2]	6,3	6,2	7,8	8,8	8,8	8,3
iPTH (pg/mL) [10-65]	301,5	2060		184	143	84
P (mg/dL) [2,5-4,5]	3,8	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0
Mg (mg/dL) [1,6-2,6]		1,8	2,0	2,0		
FA (U/l) [35-105]	114	164		148	97	73
Albúmina (g/dL) [3,5-5,2]	4,2	4,4		4,0	4,4	4,2
25(OH) VID (ng/mL) [>30]	22,5	38,9				
Calciuria 24 hrs (mg/24 hrs) [100-300]	24,2	189	70,3		190	87
Fosfaturia 24 hrs (mg/24 hrs) [400-1300]		552		400		
Creatininuria 24 hrs [950-2490]		894				
DXA	Cuello	T Score: -0,3			T Score: 0,3	
		1,001 g/cm <sup>2</sup>			1,081 g/cm <sup>2</sup>	
DXA	Columna	T Score: -1,8			T Score: -1,2	
		1,076 g/cm <sup>2</sup>			1,118 g/cm <sup>2</sup>	

- (1) Chandrasekaran, V., Pasco, J.A., Stuart, A.L. Anticonvulsant use and bone health in a population-based study of men and women: cross-sectional data from the Geelong Osteoporosis Study. *BMC Musculoskelet Disord* 2021; 22, 172
- (2) Bikle D, Christakos S. New aspects of vitamin D metabolism and action - addressing the skin as source and target. *Nat Rev Endocrinol.* 2020 Apr;16(4):234-252
- (3) O. Babacan, A. Karaoglu, S. Vurucu, E. Yesilkaya, O. Yesilyurt, T. Cayci, M. Gulgun, B. Unay, R. Akin, O. Ozcan .May long term oxcarbazepine treatment be lead to secondary hyperparathyroidism? *J. Clin. Neurol.*, 8 (2012), pp. 65-68