



Síndrome de leite alcali: Diagnóstico diferencial das hipercalcemias

Carolina Ferraz Santos Sampaio

Graduanda de Medicina pela Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC-JF)

Instituição: Universidade Presidente Antônio Carlos (UNIPAC-JF)

E-mail: carolinasampaio1413@gmail.com

Edilson Dantas Lima Júnior

Médico pela Faculdade Santo Agostinho (FASA-VIC)

Instituição: Faculdade Santo Agostinho (FASA-VIC)

Washington Luís Viriato Sampaio

Instituição: Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

RESUMO

A Síndrome Leite (cálcio) Alcali (SLA) consiste em hipercalcemia, alcalose metabólica e graus variados insuficiência renal, decorrente da suplementação de cálcio associado com antiácido. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 72 anos, portadora de hipertensão, dislipidemia, litíase renal, hipotireoidismo e osteopenia, em uso prévio de anlodipino/benazepril 2,5/10mg, clortalidona 25mg, atorvastatina 10 mg, levotiroxina 50mcg, carbonato de cálcio 500mg/dia e vitamina D 400ui, hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio e magnésia bisurada. Vinha cursando com astenia e prurido generalizado há 1 ano, apresentando: Cálcio iônico 1,7mmol/l, pH 7,38, HCO₃ 26 mmol/l, Uréia 98 mg/dl, Creatinina 2,5 mg/dl, Vitamina D > 160, Hb 11,9, osmolaridade urinária 120mos/l/kg h20, Pth 6 pg/ml, eletroforese e imunofixação sérica e urinária normais.

Palavras-chave: Síndrome Leite (Cálcio) Alcali Hipercalcêmica Insuficiência renal crônica.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome Leite (cálcio) Alcali (SLA) consiste em hipercalcemia, alcalose metabólica e graus variados insuficiência renal, decorrente da suplementação de cálcio associado com antiácido. Relato de caso: Paciente, sexo feminino, 72 anos, portadora de hipertensão, dislipidemia, litíase renal, hipotireoidismo e osteopenia, em uso prévio de anlodipino/benazepril 2,5/10mg, clortalidona 25mg, atorvastatina 10 mg, levotiroxina 50mcg, carbonato de cálcio 500mg/dia e vitamina D 400ui, hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio e magnésia bisurada. Vinha cursando com astenia e prurido generalizado há 1 ano, apresentando: Cálcio iônico 1,7mmol/l, pH 7,38, HCO₃ 26 mmol/l, Uréia 98 mg/dl, Creatinina 2,5 mg/dl, Vitamina D > 160, Hb 11,9, osmolaridade urinária 120mos/l/kg h20, Pth 6 pg/ml, eletroforese e imunofixação sérica e urinária normais. USG, RM e TC de abdômen revelaram litíase renal a E 2 mm. Feito diagnóstico de SLA e orientado hidratação oral, suspensão dos antiácidos, do cálcio e da vitamina D. Após 1 ano, a paciente evoluiu assintomática, com normalização: do cálcio, 1,2,mmol/l, da creatinina, 0,9mg/dl e da osmolaridade urinaria 507mos/l/kg.



2 DISCUSSÃO

A SLA é a terceira causa de hipercalcêmica, inferior ao hiperparatireoidismo e neoplasias malignas, com prevalência entre 9 a 12 % dos pacientes hospitalizados com hipercalcêmica e com mortalidade de 4,4%. Ela tem aumentado nas últimas décadas, devido a prescrição de suplemento de cálcio, habitualmente associada à vitamina D, principalmente em mulheres menopausadas, e pela disseminação do uso de inibidores da bomba de prótons para tratamento de síndrome dispéptica.

A alcalinização do estômago e o uso de vitamina D favorecem a absorção de cálcio, causando hipercalcêmica, que induz vasoconstrição renal, e conseqüentemente disfunção renal, hipostenúria e litíase renal. Além disso, o uso concomitante da vitamina D e uso de diurético tiazídico pode causar hipercalcemia e desidratação, por reduzir a quantidade de cálcio necessária para causar a SLA. A função renal e tubular pode não recuperar mesmo após a suspensão dos medicamentos, principalmente em pacientes com seu uso prolongado e disfunção renal prévia.

3 CONCLUSÃO

A SLA é subdiagnosticada, devido ao desconhecimento médico e dos pacientes, que não consideram o uso de cálcio como medicamento. Em contraponto, é uma doença com prevalência crescente que deve ser considerada em pacientes com hipercalcêmica.



REFERÊNCIAS

Timilsina B, Tachamo N, Parajuli PR, Gabriely I. Acute milk-alkali syndrome. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2018;2018:18-007.

Medarov BI, MD. Milk-Alkali Syndrome. *Mayo Clin Proc.* 2009;84(3):261-2