

## Hiperfosfatemia transitoria de la infancia: actualización

MÁ. Diego Núñez

Pediatra. CS Campanillas. Málaga.

*Rev Pediatr Aten Primaria. 2008;10:173-4*

*Miguel Ángel Diego Núñez, madbelt@telefonica.net*

Sr. Director:

He leído con atención el caso de hiperfosfatemia transitoria de la infancia descrito por Casaní<sup>1</sup>. Destaca la ausencia de resultados de análisis referidos a función hepática y metabolismo fosfocálcico (salvo la referencia a que la bioquímica sanguínea fue normal), justificada por la ausencia de hallazgos patológicos en la anamnesis y exploración física de la paciente. Resulta llamativo que en la discusión del caso se tenga presente como referencia el trabajo de Garrote de Marcos<sup>2</sup>, realizado en el ámbito hospitalario –publicado en 1996–, y se obvie toda referencia a la posterior revisión de este cuadro llevada a cabo un año después en España en el ámbito de Atención Primaria –que incluye otros 37 casos, nueve de ellos propios<sup>3</sup>–, en la que se encuentran respuestas a diversas cuestiones planteadas: afecta de modo similar a ambos sexos, incidencia (existencia de brotes epidémicos), estacionalidad (mayor número de casos en otoño-invierno –en

España–), etiología (probablemente infecciosa, con múltiples agentes implicados –virus en su mayoría–). En nuestra serie, la cifra de fosfatasa alcalina (FA) sérica alcanzó cifras de 18.500 UI/l. Rosalki<sup>4</sup>, entre otros, propuso en 1987 sustituir el término por el de hiperfosfatemia transitoria benigna, su rectificación cuatro años más tarde<sup>5</sup> hace aconsejable mantener la terminología tradicional. A mi juicio, resultan de gran interés para el conocimiento de este cuadro tanto la actualización realizada en 1999 por Pace y Osinde<sup>6</sup>, como la descripción de 194 casos –en un periodo de 8 años– publicada en el año 2000 por Behulova y cols<sup>7</sup>.

Por último, debe subrayarse la benignidad del cuadro y la recomendación de evitar el síndrome de Ulises (multiplicación de pruebas diagnósticas en pacientes sanos ante un resultado analítico inesperado), como acertadamente se ha hecho en el caso comentado, obviando un auténtico maltrato institucional.

## Bibliografía

---

1. Casaní Martínez C. Hiperfosfatemia transitoria de la infancia: un nuevo caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2007;9:449-53.
2. Garrote de Marcos JM, Molina Arias M, Echávarri Olavarría F, Arregui Sierra A. Hiperfosfatemia transitoria benigna: aportación de 20 nuevos casos. *An Esp Pediatr*. 1996;44:112-6.
3. Diego Núñez MA, González Menéndez A, García Díez B. Hiperfosfatemia transitoria de la infancia. Nueve casos y revisión de las aportaciones españolas. *An Esp Pediatr*. 1997;46:503-7.
4. Stein P, Rosalki SB, Foo AY, Hjelm M. Transient hyperphosphatasemia of infancy and early childhood: clinical and biochemical features of 21 cases and literature review. *Clin Chem*. 1987;33:313-8.
5. Rosalki SB, Foo AY, Went J, Williams R, Baker DM. Transient hyperphosphatasemia of infancy and childhood in an adult. *Clin Chem*. 1991;37:1137-8.
6. Pace AE, Osinde ME. Hiperfosfatemia transitoria benigna de la infancia. Una aproximación diagnóstica racional. *Arch argent pediatr*. 1999;97:383-90.
7. Behúlova D, Bzdúch V, Holesova D, Vasilenková A, Ponec J. Transient hyperphosphatatasemia of infancy and childhood; study of 194 cases. *Clin Chem*. 2000;46:1868-9.

