

M. Moya

An Esp Pediatr 1997;46:427.

Algunos entusiastas del calcio transmiten determinadas ideas que bien merecen un poco de reflexión antes de ponerlas en marcha. Por ejemplo, estudios recientes⁽¹⁾ dan como cierto que aumentos en la ingestión de calcio durante el período de crecimiento esquelético incrementarán el pico de masa ósea o contenido mineral óseo (CMO), con las ventajas que ello tendría para el crecimiento y para la prevención de la osteoporosis.

Efectivamente, existen múltiples estudios pediátricos que muestran cómo el suplemento de calcio incrementa la masa ósea (siempre estimada por densitometría). Pero cuando estos seguimientos se hacen más a largo plazo, entonces se ve cómo tales aumentos se corresponden con adelantos de crecimiento de unos pocos meses. Recuérdese el patrón parabólico de la curva de CMO con respecto a las edades pediátricas. El dato más importante y novedoso surge cuando se prolonga el estudio tras haber disminuido el aporte de calcio, entonces estos chicos rápidamente recuperan el CMO que tenían sus congéneres sanos y no suplementados⁽²⁾. Por consiguiente, la ingesta adecuada de calcio, 600-800 mg/día, es necesaria durante el crecimiento y desarrollo y si se alcanzan estas cantidades entonces no se requieren suplementos para estos niños normales.

Esta aparente situación de bonanza en las edades pediátricas, por desgracia no siempre alcanza a todos los chicos. En el lactante, y como consecuencia de una implantación anormal de alimentos sólidos, se puede llegar a ingestas cálcicas tan bajas como 300 mg/día cuando las papillas de fruta, papillas lacteadas y purés van desplazando a la lactancia materna o a las fórmulas lácteas. El suplemento cálcico en la prematuridad o en estados maldigestivos o malabsortivos, queda fuera de este comentario dirigido a niños normales.

La pubertad con su pico de crecimiento en estatura de hasta 13-15 cm/año, debería implicar una ingesta diaria de calcio

Suplemento de calcio en pediatría, hechos o suposiciones

de 800-1.000 mg/día. Esto, en un porcentaje posiblemente pequeño de jóvenes no ocurre así, por las firmes actitudes alimentarias del adolescente. Son precisamente en estos momentos cuando el pediatra, y mediante una simple encuesta alimentaria, identifica y propone soluciones a este problema.

No se puede dejar de mencionar la vitamina D cuando se está considerando la consecución de un CMO óptimo. La importancia de una alimentación adecuada y suplementos eficaces y generalizados de vitamina D, ha hecho que una enfermedad típicamente pediátrica como el raquitismo haya desaparecido por completo de nuestros medios. Estudios del grupo de L.G. Raisz procedentes de la patología del adulto han venido a demostrar⁽³⁾ que la administración de dosis terapéuticas bajas en colecalciferol tiene un efecto reductor del turnover óseo tan importante como el de los bifosfonatos potentes. Este es un dato que debe tenerse muy presente en aquellas circunstancias donde nuestro aliado natural, que es el sol, no se reciba de forma eficaz por parte de nuestros niños.

Por consiguiente, el aporte de una dieta normal media de nuestros niños y jóvenes, en general, puede considerarse suficiente. Respecto al aporte extra del calcio existe un cierto componente ventajoso en el mismo, pero éste no debe ser suficiente como para estimular al imprudente ni confundir al crédulo.

Bibliografía

- 1 Heaney RP. Bone mass, nutrition and other lifestyle factors. *Nutr Rev* 1996; **S4**:S3-10.
- 2 Lee WIK, Leung SSF, Leung DMY, Cheng JCY. A follow-up study on the effects of calcium supplement withdrawal and puberty on bone acquisition of children. *Am J Clin Nutr* 1996; **64**:71-77.
- 3 Prestwood KM, Pannullo AM, Kenny AM y cols. The effect of a short course of calcium and vitamin D on bone turnover in older women. *Osteoporosis Int* 1996; **6**:314-319.