CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):279

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-111 - HIPOCALCEMIA REFRACTARIA A TRATAMIENTO MÉDICO TRAS UNA PARATIROIDECTOMÍA SUBTOTAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA GÁSTRICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Cifre Martínez, Cintia; Villalba Ferrer, Francisco Leo; de Andrés Gómez, Alejandra; Ismail, Ali Mahmoud; Precioso Estiguin, Francisco Javier; Navarro Moratalla, Carla; Ríos Agudo, Alberto; Zaragozà Fernández, Cristóbal

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: La cirugía gástrica con derivación intestinal (tipo Billroth II, Omega de Braun o Y de Roux) puede asociar hipocalcemia debido a que el calcio se absorbe mayoritariamente en el duodeno. En pacientes intervenidos de hiperparatiroidismo, la cirugía gástrica puede ser un factor de riesgo de desarrollar una hipocalcemia permanente.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 56 años intervenida de una gastrectomía total en omega de Braun y que años más tarde desarrolla un hiperparatiroidismo normocalcémico sintomático que se interviene realizando una paratiroidectomía subtotal y presentando una hipocalcemia permanente. Paciente de 56 años intervenida de neoplasia gástrica en 2010 mediante gastrectomía total con reconstrucción intestinal en omega de Braun. A los 4 años presenta cólicos nefríticos de repetición, deterioro de la función renal y atrofia renal derecha por litiasis obstructivas, requiriendo la colocación de catéteres doble jota y litotricias. Se detecta elevación de paratohormona (PTH = 300 pg/ml), con normocalcemia y calciuria de 24 horas en el rango normal (110,4 mg/24h). En el estudio ecográfico y gammagráfico presenta imagen concordante y sugestiva de adenoma paratiroideo inferior izquierdo. Con el diagnóstico de hiperparatiroidismo normocalcémico sintomático por adenoma único se indica cirugía. En la intervención se detecta una hiperplasia paratiroidea realizando una resección subtotal de las glándulas paratiroides guiada con determinación intraoperatoria de PTH hasta conseguir normalización de las cifras de PTH (30 pg/ml). Tras la cirugía presenta hipocalcemia sintomática (Ca: 7 mg/dl) y es dada de alta con 6 gramos de carbonato cálcico y 0,5 mg de calcitriol/24h. Reingresa en varias ocasiones por parestesias generalizadas que requieren tratamiento con gluconato cálcico intravenoso a pesar de presentar niveles de PTH dentro de la normalidad (PTH: 37 pg/ml). Ante la sospecha de malabsorción del calcio por la derivación intestinal se asocia tratamiento con pancrelipasas (amilasas, lipasas, proteasas) que no mejoraron la calcemia (7-7,5 mg/dl) persistiendo con sintomatología leve (parestesias) que requiere ingresos repetitivos. Dada la hipocalcemia persistente y resistente al tratamiento oral por malabsorción, nos planteamos una nueva reconstrucción intestinal con paso del alimento por duodeno aumentando así la absorción del calcio.

Discusión: La absorción de minerales, nutrientes y vitaminas se ve comprometida en pacientes

intervenidos de cirugía gástrica, tanto por la resección de mucosa gástrica que interviene en el proceso como por las derivaciones gastrointestinales que impiden el paso del alimento por determinados segmentos cruciales en la absorción. En pacientes intervenidos de cirugía tiroidea o paratiroidea, la cirugía gástrica y derivativa puede ser un factor de riesgo añadido para el desarrollo de una hipocalcemia irreversible.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados