Semergen. 2015;41 (Espec Congr):786

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/437 - LO QUE EL CALCIO ESCONDE

D.P. Piñar Cabezos[a], A.B. Martorell Pro[b], C. Aguayo Jiménez[a], Y. Romero Castro[b], M. Gomariz Martínez[c], M.G. Cortez Lede[d], A. Carrasco Angulo[e], L. Úbeda Cuenca[f], M. Martínez Pujalte[g] y A.C. Frazao dos Santos[h]

[a]Médico Internista. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [b]Médico de Familia. Servicio Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [c]Médico de Familia. Gerencia 061. Murcia. [d]Cirujana Maxilomacial. Servicio de Urgencias. Hospital Universitarios Virgen de la Arrixaca. Murcia. [e]Médico de Familia. Centro de Salud de San Javier. Murcia. [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [g]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [h]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de los Alcázares. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 77 años con antecedentes de asma bronquial, diverticulosis colónica y litiasis renales bilaterales menores de 1 cm. En analítica presenta hipercalcemia leve, de 10,9 mg/dl, que tras corregirlo con la albúmina sérica aumenta a unas cifras reales de calcio de 11,5 mg/dl. Reinterrogando a la paciente no presenta síntomas de hipercalcemia ni estaba tomando tratamiento sustitutivo con calcio ni otros fármacos que pudieran elevar las cifras, como las tiazidas. Se completa el estudio analítico con una PTH elevada, de 290 y un déficit de vitamina-D. El calcio en orina de 24 horas se encontraba dentro del límite de la normalidad, así como la ECA. Se solicita ecografía de cuello en la que se objetiva un nódulo en paratiroides inferior derecha. Se consulta con Medicina Interna que solicita densitometría ósea con osteopenia en cadera pero sin osteoporosis. Al tratarse de una hipercalcemia leve, asintomática y dada la edad de la paciente se decide manejar de forma conservadora.

Exploración y pruebas complementarias: AC: rítmica sin soplos. AP: Hipoventilación generalizada con algunos sibilantes aislados. Abdomen normal. Pruebas complementarias. Analítica: creatinina 0,7 mg/dl. Na 143 mEq/L. K 4,1 mEq/L. Calcio 10,9 mg/dl. Fósforo 2,5 mg/dl. Albúmina 3,8 g/dl. ECA: 53 UI/L. TSH: 0,57 uUI/mL. PTH: 290 pg/mL. 25-OH-Vitamina-D: 8,3 ng/ml. Orina 24h: Calcio 187 mg/24h. Ecografía de cuello: imagen nodular hipoecoica de 7 × 7 m y contorno irregular que podría corresponder con nódulo de paratiroides inferior derecha. Volumen tiroideo dentro de la normalidad, multinodular. Densitometría ósea: Columna T-score: -0,29. Cadera T-score: -1,5.

Juicio clínico: Hiperparatiroidismo primario. Adenoma paratiroides.

Diagnóstico diferencial: Toma de suplementos de calcio y/o vitamina D. Fármacos: tiazidas, litio. Enfermedad renal crónica. Neoplasias. Sarcoidosis.

Comentario final: El hiperparatiroidismo primario se da aproximadamente en un 1% de la población adulta, pero afecta a más del 2% de la misma después de los 55 años, siendo 2-3 veces más frecuente en mujeres que en hombres. La causa más frecuente es el adenoma paratiroideo. El

diagnóstico de hiperparatiroidismo primario se establece por la presencia de hipercalcemia y niveles inapropiadamente elevados de PTH. Alrededor de un 90% de pacientes con HP tienen, al menos, niveles de vitamina D insuficientes. La forma clínica más frecuente (88%) es una hipercalcemia leve y asintomática, con una cifra de calcio sérico de, aproximadamente 1 mg/dl por encima de lo normal. En caso de enfermedad sintomática, la cirugía es el tratamiento de elección. Si el paciente está asintomático, el manejo es más controvertido, y en cualquier caso, debería realizarse un seguimiento para detectar una posible progresión de la enfermedad. Se establecen como recomendaciones actuales la medición del calcio sérico y creatinina anualmente, así como la realización de una densitometría ósea cada 1-2 años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz-Torres M, Alonso G. Nuevo consenso sobre hiperparatiroidismo primario asintomático. Reemo. 2004;13(3):60-3.

2. Martínez Cordellat I. Hiperparatiroidismo: ¿primario o secundario? Reumatol Clin. 2012;8(5):287-91.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.