



## P-129 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA CRISIS HIPERCALCÉMICA POR HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO RESISTENTE AL TRATAMIENTO MEDICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS

Valderas Cortés, Guillermo Felipe; Báez de Burgos, Celia; Cifre Martínez, Cinthia; Ríos Agudo, Alberto; Villalba Ferrer, Francisco Leo; Alcalá García del Río, Gara; Bases Valenzuela, Carla; Zaragoza Fernández, Cristóbal

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario (HPTP) suele ser casual por hipercalcemia en las analíticas de rutina. La sintomatología es poco específica, siendo las nefrolitiasis y alteraciones de la densidad ósea las más características. Las crisis hipercalcémicas son muy poco frecuentes en el debut del HPTP (1-2% de casos). Nuestro objetivo es presentar dos casos de crisis hipercalcémica por HPTP, en el contexto de una insuficiencia renal aguda y otras complicaciones médicas sin respuesta al tratamiento médico.

**Casos clínicos:** Mujer de 40 años en tratamiento por HTA y depresión, ingresa en Urgencias por clínica miccional, dolor abdominal y en fossa renal izquierda asociado a taquicardia. En analítica destacaba: Ca 19,2 mEq/L, P 4,3 mEq/L, PTH 1.203 pg/mL, creatinina 2,26 mg/dL, urea 71,1 mg/dL y K 3,1 mEq/L, proteinuria, hematuria y leucocituria. La ecografía cervical evidenció una paratiroides de 6,6 × 3,9 × 2,7 cm en polo inferior del LTD y la ecografía abdominal evidenció nefropatía intersticial izquierda. En TAC y gammagrafía paratiroidea se confirmó un adenoma paratiroides concordante en polo inferior LTD y se diagnosticó casualmente un TEP asintomático, iniciándose anticoagulación con heparina sódica. A pesar del tratamiento médico con fluidoterapia, calcitonina, cinacalcet hidrocloruro, corticoterapia y diuréticos de asa, persistió la hipercalcemia asociando deterioro neurológico, bradipsíquica y alteraciones en ECG indicándose hemodiálisis urgente e intervención quirúrgica al 6º día del ingreso. Se realizó paratiroidectomía con hemitiroidelectomía izquierda por la sospecha de carcinoma de paratiroides con determinación de PTHio que cumplió criterio de Miami. La AP confirmó un adenoma paratiroides de 3 cm. En postoperatorio normalizó PTH (5-10 pg/mL) a las 48 horas, regularizando Ca, P y FR el 12º día. Mujer de 60 años con HTA y diagnosticada de HPTP concordante en glándula inferior izquierda, pendiente de paratiroidectomía selectiva. Acude a urgencias por dolor abdominal, vómitos, deshidratación y fiebre. En pruebas realizadas destaca: creatinina 1,59 mg/dL; urea 69 mg/dL; K 3,1 mEq/L y Ca 16,2 mEq/L y PTH 1094 pg/mL por lo que ingresa en hospital. Se administra tratamiento médico con fluidoterapia, calcitonina, cinacalcet hidrocloruro, corticoterapia y diuréticos de asa con disminución de la calcemia (Ca 12,2 mEq) pero sin su normalización, por lo que se interviene al 6º día del ingreso, realizando paratiroidectomía selectiva con PTHio que cumplió criterios de Miami. En AP se confirmó: adenoma de 3,5 cm. En postoperatorio normalizó Ca (9 mEq/mL) en 24h, sin embargo, mantuvo PTH elevada (373 pg/mL) al mes de la revisión postoperatoria, por lo que se prolongará su seguimiento y estudio del HPTP.

**Discusión:** La crisis paratiroidea es una manifestación infrecuente pero potencialmente mortal del HPTP por complicaciones cardíacas, renales y neurológicas. Enfatizar la importancia del diagnóstico precoz. Si bien el tratamiento médico puede estabilizar la crisis hipercalcémica, es la cirugía es el único tratamiento curativo, pues mejora el pronóstico y disminuye la mortalidad del 100% hasta un 20-60% según la bibliografía.