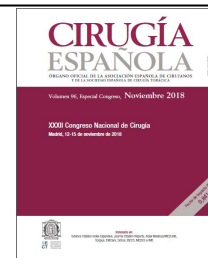




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-091 - CRISIS DE HIPERCALCEMIA EN EL EMBARAZO: RECOMENDACIONES

de Laguno de Luna, Ágata; Martínez Santos, Cristina; Martín Carvajal, Francisco; Ortega Dolz, Verónica; Águila García, Josefa Andrea; Ríos Hurtado, Jesús; Valdés Vilches, Luis Fernando; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPP) suele diagnosticarse por elevaciones casuales del calcio sérico en controles analíticos. Rara vez tiene presentación como crisis hipercalcémica ($\text{Ca} > 14\text{mg/dL}$) y en casos muy aislados coincide con la gestación.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer senegalesa de 27 años, embarazada y con antecedentes de beta-talasemia. En la semana 20 del seguimiento obstétrico se objetiva elevación de PTH (376 pg/ml) y calcemia (12,6 mg/dL). Se inicia tratamiento por Medicina Interna con sueroterapia, furosemida y calcitonina. Se realiza una ecografía cervical que describe una lesión nodular $25 \times 17 \times 11$ mm posterior al LTI sugerente de adenoma paratiroideo. Ingresa en la semana 38 de gestación con $\text{Ca} 13$ mg/dL, asintomática y sin prodromos de parto. Tras sesión multidisciplinar (ginecología, pediatría, anestesiología) se decide inducir el parto, que tiene lugar sin complicaciones materno-fetales. La paciente se mantiene estable, con calcemias controladas con cinacalcet, por lo que es dada de alta con revisión ambulatoria a las 72h. En la revisión, presenta confusión y deshidratación por lo que se deriva a urgencias donde se objetiva $\text{Ca} 18$ mg/dL y se inicia tratamiento urgente intensivo hasta bajada del Ca a 12,9. En RM cervical urgente se confirman los hallazgos de la ecografía. Se realiza exploración cervical unilateral con resección de adenoma de paratiroides superior izquierda de 2,5cm, confirmado con AP intraoperatoria y con descenso adecuado de PTH (771,1-307,9-146,5 pg/mL). Durante el postoperatorio no hay incidencias y es dada de alta al 4º día con calcemia de 8,7 mg/dL y PTH 12,37. Tres meses después continúa asintomática, en tratamiento con calcio y vit D en descenso y PTH normal.

Discusión: La homeostasis del calcio durante el embarazo está modificada para garantizar el aporte al feto. Los mecanismos de regulación son controlados por la PTH, que participa en la embriogénesis y la formación del esqueleto fetal. La causa más frecuente de hipercalcemia en el embarazo es el HPP, siendo frecuentemente asintomático y muy rara vez como crisis paratiroidea. El diagnóstico se basa en la alteración analítica y la exclusión de consumo de fármacos (litio, tiazidas) o de hipercalcemia hipocalciúrica familiar. La técnica de localización más utilizada es la ecografía cervical, ya que la gammagrafía está contraindicada. Si se diagnostica al comienzo del embarazo, puede plantearse cirugía en el segundo trimestre (riesgo de malformaciones fetales en primer trimestre y aborto en tercer trimestre). Si no es posible, hay que mantener la calcemia controlada y llevar un seguimiento estrecho hasta programar la cirugía en el puerperio. Es necesaria una valoración multidisciplinar (ginecología, cirugía endocrina y anestesia) para decidir cuál es el mejor momento para la cirugía según la respuesta al tratamiento y el momento de la gestación. El tratamiento médico de la crisis paratiroidea hasta la cirugía no difiere del indicado fuera del embarazo. No es seguro el uso de cinacalcet durante la gestación. Una de las posibles complicaciones tras el parto es la tetania del RN

(debida a inhibición de la paratiroides fetal por la PTH materna) por lo que los pediatras deben estar preparados.