



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/496 - Síndrome constitucional e hipercalcemia

M. Serrano Sánchez^a, L. Martínez Rego^b, N. Cardama Seco^c, M. Viñal González^b, C. Fernández Pellitero^d, S. Limonche García^b, S. Rodríguez Navarro^b, J. Fernández Rodker^d y T. Gijón Conde^e

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cerro del Aire. Zona Noroeste. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Zona Noroeste. Madrid. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. Zona Noroeste. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lavapiés. Madrid. Zona Noroeste. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Cerro del Aire. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años con antecedentes personales de tiroidectomía total por bocio multinodular, hipotiroidismo e hipoparatiroidismo postquirúrgico, hipertensión arterial y Wolf-Parkinson-White ablacionado con éxito en 2001. Tratamiento habitual: Rocaltrol 0,5: 1/24h, Calcium forte 500 m: 1/8h, Kalpress plus: 1/24h, amlodipino 5 mg: 1/24h, Eutirox 125 ?g:1/24h. Acude al centro de salud por deterioro del estado general asociada a síndrome constitucional, sin diaforesis nocturna y con pérdida subjetiva de 6 kg en los últimos 4 meses. No otra sintomatología asociada.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 170/80. FC: 72 lpm. T^a: 36,6 °C. Peso: 46 Kg. Talla: 154 cm. IMC: 19,4 Kg/m². Cabeza y cuello: mucosa oral hidratada. No adenopatías cervicales ni supraclaviculares. Chvostek y Troussseau negativos. AC: rítmica, sin soplos ni extratonos. AP: hipoventilación en base izq. Abdomen: peristaltismo presente, blando, no adenopatías inguinales, no doloroso, no masas ni megalias. Analítica previa hace 2 meses con calcio en suero elevado. Se realiza en consulta de AP eco abdominal en la que se descartan LOES y se solicita analítica con marcadores tumorales, presentando calcemia: 12 mg/dl, PTH: 2,5, fosfatasa alcalina: 131, VSG: 82 y CA 19,9: 92. La paciente se deriva a Hospital Puerta de Hierro para estudio ante hipercalcemia persistente y síndrome constitucional con marcador tumoral aumentado. Durante su ingreso la paciente, tras la retirada del calcio, alcanza cifras normales reintroduciéndose a dosis menores. Se realizan pruebas complementarias: marcadores tumorales, proteinograma en suero, cadenas ligeras (kappa y lambda), estudio para proteínas y Bence-Jones. Pruebas de imagen (TAC cráneo, SPECT cerebral de perfusión. TAC toraco-abdómino-pélvico, y colonoscopia) para descartar posibles neoplasias, no encontrándose hallazgos significativos. Debido al buen estado general de la paciente y a la normalización de valores analíticos, se decide alta con tratamiento ajustado.

Juicio clínico: Intoxicación por vitamina D.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias hematológicas (linfomas, mieloma), neoplasias de órgano sólido, metástasis óseas, intoxicación por vitamina D.

Comentario final: Este caso pone de manifiesto la importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial, ya que no siempre lo más probable ante una anamnesis, exploración y pruebas complementarias en Atención Primaria, es lo más frecuente. Los pacientes polimedicados pueden ser malos cumplidores de su medicación

o no comprender bien su dosis o frecuencia de las tomas, y esto, en nuestro ámbito de Atención Primaria es fundamental tenerlo en cuenta, y pensar en ello de cara al diagnóstico diferencial, aunque todo sugiera también otro tipo de patología más importante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brighurst FR, Demay MB, Krane SM, Kronenberg HM. Bone and mineral metabolism in health and diseases. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison's Principles of Internal Medicine. 17th ed. Vol. 2. New York: McGraw Hill; 2008. pp. 2365–77.
2. Pandita KK, Razdan S, Kudiyar RP, Beigh A, Kuchay S, Banday T. “Excess good can be Dangerous”. A case series of iatrogenic symptomatic hypercalcemia due to hypervitaminosis D. Clin Cases Miner Bone Metab. 2012;9:118-20.