



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/498 - De la nefrolitiasis recidivante a la sarcoidosis

S. Jofresa Iserte^a, E. Herasme Felipe^a, J.M. Pinilla Alemán^a, E. Ospino Castro^b, J. Urios Durá^c, O. Más Rodríguez^d, E. Tidrenzel^e, M.Á. Moreno Vaillo^f y M. Da Cruz Wetacem^g

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Torremendo. Torrevieja. Alicante. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Los Montesinos. Torrevieja. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Los Montesinos. Alicante. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante. ^fMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. Alicante. ^gMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de las Salinas. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años que inicia cólicos renales de repetición. No sintomatología de astenia, no tos, no disnea, no pérdida de peso. Se realiza estudio analítico con iones y función renal, detectándose hipercalcemia con insuficiencia renal aguda que precisa derivación urgente e ingreso hospitalario.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: afebril y normotensa. Eupneica en reposo. Palidez mucocutánea, leve deshidratación mucosa. Adenopatía axilar izquierda de 1-2 cm, móvil. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Bioquímica evidenció una afectación importante de la función renal e hipercalcemia. Filtrado glomerular 35 ml/min/1,73 m². Calcio 13,4 mg/dl (8,2-10,6), fósforo 3,7 mg/dl (2,5-5), proteínas totales 8,7 g/dl (6,4-8,2). G.P.T. 18 UI/l. G.G.T: 17 UI/l, fosfatasa alcalina: 150. Sodio: 132 mEq/l. (135-147). Potasio: 4,1 mEq/l, cloro 99 mEq/l. PTH: 8,4 pg/ml (11-72). Anormales y sedimento: proteinuria. Bioquímica de orina: calciuria en orina de 24 horas: 283. Beta-2 microglobulina 11,1 TSH: 3,25, T4 libre 1,59. T3 libre 2,96. Vitamina D 25-Hidroxi 28,7. ECA: 480 (8-55 UI/l.). Radiografía de tórax: infiltrado bilateral intersticial micronodular de predominio izquierdo. Ecografía renal: Litiasis renales sin repercusión sobre la vía excretora. Tomografía tórax-abdomen-pelvis con contraste: adenopatías y conglomerados adenopáticos toracoabdominales y pélvicos. Extensa afectación parenquimatosa pulmonar. Esplenomegalia con múltiples lesiones hipodensas, inespecíficas. Riñones con múltiples lesiones milimétricas hipodensas. Biopsia de adenopatía axilar: Inflamación granulomatosa no necrotizante de tipo Sarcoidótico.

Juicio clínico: Hipercalcemia, nefrolitiasis, insuficiencia renal, sarcoidosis pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Cáncer de pulmón. Cáncer óseo. Mieloma. Linfoma.

Comentario final: Dentro de las causas de litiasis renal recidivante, estamos obligados a un estudio que incluya la presencia del metabolismo calcio-fósforo. Cuando se detecta hipercalcemia en esta situación se debe realizar niveles de PTH. Ante hipercalcemia con PTH disminuida, se debe indagar inicialmente un origen tumoral. En estudios de series de casos, solo el 3,6% de los casos de litiasis renal de repetición tienen su causa en la presencia de hipercalcemia como signo de sarcoidosis. La afectación renal en la Sarcoidosis es

poco habitual. La Enzima de conversión de la angiotensina (ECA) y el Calcio son los marcadores de la sarcoidosis; recursos disponibles en Atención primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferraro KA, Slusspm M, et al. Case records of the Massachusetts General Hospital: laboratory values. N Eng J Med. 2004;351(15):1549-63.
2. López-Campos Bodineau JL, Rodríguez Becerra E. Sarcoidosis de 25 años de evolución. Arch Bronconeumol. 2000;36:36(3):167.
3. Baró E. Protocolo Hipercalcemia Servicio Nefrología. Hospital de Torrevieja. Mayo 2015.