



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/147 - Hormigueo persistente en miembros superiores

Á.M. López Llerena^a, E. Gómez Gómez-Mascaraque^b, M.E. Rosa González^c, N. Arroyo Pardo^d, P. Montalvá García^e y P. Rivas Pachecof

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Hoyo de Manzanares. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Cañada. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Valdezara Sur. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Escorial. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 45 años sin antecedentes médicos de interés, acude en varias ocasiones a consulta de AP por parestesias en cara y manos de 4 meses de evolución, sin pérdida de fuerza ni focalidad neurológica, acompañadas de espasmos en carpo. Se descarta neuropatía periférica e inicia tratamiento rehabilitador por probable discoartrosis con estenosis secundaria del canal raquídeo y forámenes de conjunción C4-C5-C6-C7, sin mejoría. Ante la persistencia de síntomas, se plantea tratamiento quirúrgico. Acude de nuevo para realizar preoperatorio; en la analítica se objetiva hipocalcemia grave y prolongación del QT en el electrocardiograma, por lo que se deriva a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca discreta hiperpigmentación cutánea. Tiroides Ib de consistencia elástica de predominio derecho. Trouseau positivo en 20 segundos. Chevostek positivo. En analítica (AP): destaca: calcio 5,8 mg/dl (8,7-10,3); fósforo 5,5 mg/dl; 25-OH-Vit D 32,5 nmol/L; PTHi 2,5 pg/ml (14,0-72,0). En urgencias persiste hipocalcemia grave (calcio 4,0 mg/dl), con PTHi 2,5 pg/ml, ACTH basal, TSH y cortisol normales. Anticuerpos TPO y antitiroglobulina negativos. Inicia tratamiento con calcio oral e intravenoso y calcitriol, objetivándose mejoría bioquímica, electrocardiográfica (QT normal) y clínica. Desde entonces ha permanecido asintomático, en tratamiento con calcitriol y calcio oral, mantiene calcemias adecuadas y no precisa intervención de columna cervical.

Juicio clínico: Hipoparatiroidismo idiopático. Hipocalcemia grave, con QT largo secundario resuelto.

Diagnóstico diferencial: Las parestesias en miembros superiores pueden aparecer en radiculopatías cervicales, plexopatía cervico-braquial, neuropatías periféricas, ateroesclerosis, trastornos metabólicos, alteraciones electrolíticas (calcio, sodio, potasio), falta de vitamina B12, algunos medicamentos y tóxicos.

Comentario final: El principal hallazgo bioquímico en el hipoparatiroidismo es la hipocalcemia, con un nivel bajo de la PTHi y la hiperfosfatemia, en ausencia de hipomagnesemia. La hipocalcemia presenta un importante abanico de signos y síntomas que implican a diversos sistemas del organismo (sistema nervioso, neuromuscular y cardiovascular, alteraciones dérmicas, respiratorias), siendo el rasgo más típico la tetania, que en su estadio inicial puede manifestarse de forma leve como parestesias y espasmos en manos y pies, que puede evolucionar a formas más graves. Es importante realizar una adecuada aproximación diagnóstica, lo más precoz posible desde Atención Primaria.

Bibliografía

1. Goltzman D. Hypoparathyroidism. UptoDate, 2016.
2. Cinza Sanjurjo S, Nieto Pol E. Hipocalcemia. Fisterra, 2015.
3. Casas MD, López-Longo FJ, García Castro M, Díez I, Carpeta M, Carreño L. Diagnóstico diferencial de los síndromes hipocalcémicos. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2007;8(4).
4. Rutkove SB. Verview of upper extremity peripheral nerve syndromes. UptoDate, 2016.
5. Rutkove SB. Differential diagnosis of peripheral nerve and muscle disease. UptoDate, 2016.

Palabras clave: Hipocalcemia. Hipoparatiroidismo. Parestesias.