Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1731

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/1230 - HIPOCALCEMIA POR PÉRDIDA DE ADHESIÓN AL TRATAMIENTO

P. González Izquierdo[a], D. Zalama Sánchez[b] y S. López Rodríguez[c]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Magdalena. Valladolid. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Gamazo. Valladolid. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años, sin alergias medicamentosas, con las siguientes enfermedades previas: HTA, obesidad. En 2011: Tiroidectomía total por bocio multinodular tóxico. En 2016: Osteosarcoma vertebral de componente blástico en L5-S1 resecado en sep/16. Recidiva precoz. En tratamiento con: levotiroxina, calcitriol, pregabalina, carbonato calcico/colecalcifeol, omeprazol, dexametasona, hidroclorotiazida/valsartan. Paciente que dejó de tomar carbonato cálcico/colecalciferol hace 2 meses “por tomar muchas pastillas” (la paciente tiene ánimo depresivo desde el diagnóstico de osteosarcoma hace un año), presentando desde hace unos 15 días parestesias en manos y piernas, con episodios de tetania y calambres musculares. Desde hace 1 semana se han añadido, sin tos, expectoración ni fiebre, episodios de dolor centrotorácico tipo espasmo, con disnea, de unos 5-10 min de duración.

Exploración y pruebas complementarias: TA 168/76; FC 84 lpm; afebril. SatO2 97% basal. Buen estado general. CYC: NIY, CIP, NAC. Tórax: AC: rítmica y sin soplos. AP: MVC sin ruidos. Abdomen: globuloso, blando y depresible, no masas ni megalias, no dolor a la palpación ni signos de peritonismo. Extremidades Inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios palpables. Sistemático de sangre: Hb 10,7, normocítica. Leucocitos 12.810 (95% PMN). Bioquímica: Ca 4,7 (corregido por PT: 4,73). Ca iónico 0,6 (> 1,13). PT 7,1. CPK 398. F. renal, resto de iones, Mg, PCR, TnT y ProBNP normales, TSH 0,16. ECG: QT largo. Valorado por ORL: se observa punteado blanquecino en aritenoides derecho y seno piriforme izquierdo, compatible con candidiasis faríngea. Gastroscopia: candidiasis esofágica.

Juicio clínico: Hipocalcemia grave por mala adherencia terapéutica. Candidiasis esofágica y faríngea secundaria a tratamiento corticoideo.

Diagnóstico diferencial: Ansiedad. SCA. Candidiasis esofágica por VIH. Esofagitis.

Comentario final: Importancia de preguntar los antecedentes personales. Importancia de prever el riesgo de pérdida de adhesión a tratamientos crónicos por malas noticias. Reconocer las principales manifestaciones clínicas del desequilibrio fósforo-calcio.

Bibliografía

1. Bollerslev J, Rejnmark L, Marcocci C, Shoback DM, Sitges-Serra A, van Biesen W, et al.; European Society of Endocrinology. European Society of Endocrinology Clinical Guideline: Treatment of chronic hypoparathyroidism in adults. Eur J Endocrinol. 2015;173(2):G1-20.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

2. Calatayud Gutiérrez M, Allo Miguel G. Hipocalcemias. Medicine. 2012;11(16):944-50.
3. Friedman EA. An introduction to phosphate binders for the treatment of hyperphosphatemia in patients with chronic kidney disease. Kidney Int Suppl.

Palabras clave: Hipoparatiroidismo. Desadhesión.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.