



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

421/20 - PLURIPATOLOGÍA Y DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

O. Loriz Peralta, A. Patiño Durán, M. Venegas Barrero, B. López Díaz, A. Mayorga Criado, R. Clotet Casacuberta

Centro de Atención Primaria Llefà. Badalona. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas/Descripción del caso: Mujer de 85 años. Vive con hijo, parcialmente dependiente para actividades básicas de vida diaria. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, Insuficiencia renal crónica, Fibrilación auricular (último ecocardiograma fracción de eyección 62%), Hiperparatiroidismo por adenoma de paratiroides inferior izquierdo y nódulo tiroideo inferior izquierdo diagnosticado hace años y tratado un año después de su diagnóstico mediante exéresis de adenoma. Osteoporosis. Múltiples fracturas vertebrales. Aplastamiento D9 reciente. Déficit de Vit D. Insuficiencia venosa crónica, hiperuricemia, síndrome mielodisplásico. Tratamiento farmacológico habitual: alopurinol 300 mg 0-1-0, calcio-vitamina D3 1.000 mg/880 UI 1-0-0, timolol en colirio 1-0-1, enalapril 5 mg 1-0-0, lorazepam 1 mg 0-0-0,5, morfina de liberación lenta 30 mg 1-0-1, vitamina B12 1.000 mg cada 15 días, paracetamol 1g 1-0-1, morfina 10 mg si precisa por dolor, acenocumarol, diazepam 2,5 mg, calcifediol 0,266 mg cada 15 días. Motivo de consulta: la paciente acude a su médico de familia por disnea progresiva, inquietud, edemas en extremidades inferiores y dolor dorsal de dos semanas de evolución. Era la tercera vez que consultaba a un centro de urgencias ya sea hospitalario o de atención primaria.

Exploració i proves complementàries/Exploración y pruebas complementarias: Afebril, saturación oxígeno correcta, hipofonesis bibasal, edemas en miembros inferiores, ingurgitación yugular y dolor lumbar. En ECG se observa fibrilación auricular sin más alteraciones, Se recibió una analítica cursada días previos y destacaba pancitopenia, calcio corregido de 6,2 y creatinina de 1,44, FG: 38 (similar a anteriores). La PTH era normal. Albúmina normal. Se orientó el caso como hipocalcemia y descompensación de insuficiencia cardíaca y trastorno de la conducta por hipocalcemia. Podría ser derivada de Hipoparatiroidismo por la intervención quirúrgica de la resección por adenoma años previos, la insuficiencia renal crónica y el déficit de vitamina D.

Judici clínic/Juicio clínico: La hipocalcemia que presentaba nuestra paciente era tan importante que daba lugar a insuficiencia cardíaca y trastorno de conducta. Además pensamos que el origen era hipoparatiroideo fundamentalmente ya que presentaba niveles de PTH normales (y deberían estar altos ya que había hipovitaminosis D e hipocalcemia).

Diagnòstic diferencial/Diagnóstico diferencial: Inicialmente había sido tratada como insuficiencia cardíaca (sin determinar la causa) Pero nuestro diagnóstico diferencial ahora que ya hemos detectado que se trata de una hipocalcemia lo centramos en las causas de hipocalcemia. Hipoparatiroidismo, hipomagnesemia, pancreatitis aguda, pseudohipoparatiroidismo, déficit de vitamina D, tratamiento con diuréticos, hiperfosfatemia, hipoalbuminemia, alcoholismo crónico.

Comentari final/Comentario final: La hipocalcemia es indicación de tratamiento. En los casos de hipocalcemia sintomática grave es necesario utilizar la vía I.V. bajo vigilancia electrocardiográfica en un período de 8-12 horas. Se deben tomar determinaciones séricas cuando menos cada seis horas para vigilar la respuesta al tratamiento y decidir el momento en que se puede cambiar a una preparación oral (carbonatos de calcio). Por ello fue derivada a urgencias hospitalarias para completar estudio e iniciar tratamiento.

Bibliografia/Bibliografía

Núñez Villén A, et al. Enfermedad endocrina en Resilab Manual para la interpretación de exámenes de laboratorio dirigido al residente de MFiC. Madrid. SEMERGEN, 2017; p. 239-54.