



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1693 - HIPERCALCEMIA Y DOLOR ABDOMINAL

P. Méndez da Cuña¹, A. González González², M. Ochoa Vilor³ y S. Castaño Flecha⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Palomera. León. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sotondio. Oviedo. Asturias. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años, con antecedentes personales de hiperuricemia, hipertrigliceridemia e hipovitaminosis D, en tratamiento con alopurinol, fenofibrato, colecalciferol y ácido fólico. Acude a urgencias de centro de salud por dolor tipo cólico en hipocondrio derecho de 2 días de evolución, que cedía parcialmente con la toma de ibuprofeno, sin otra clínica asociada, siendo derivado a urgencias hospitalarias, donde se realiza analítica y radiografía de abdomen, anodinas, con mejoría clínica tras administración de dexketoprofeno intravenoso, diagnosticándose en ese momento de abdominalgia inespecífica.

Exploración y pruebas complementarias: Pasadas un par de semanas, persiste abdominalgia por lo que acude a su médico de Atención Primaria. TA de 120/80, mmHg, FC 74 lpm y afebril. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: blando, depresible, molestias generalizadas a la palpación profunda, ruidos peristálticos conservados, no masas ni megalias. Analítica: calcio 12,7 mEq/l, fósforo 2,3 mEq/l, ácido fólico 1,01 ng/mL. Ecografía abdominal: esteatosis hepática sin otros hallazgos de interés. Se solicita nuevo control analítico a la semana, añadiendo otros parámetros: calcio 13,5 mEq/l, fósforo 2,14 mEq/l, PTH 145 pg/mL, 25-OH vitamina D 19 ng/mL.

Orientación diagnóstica: Hiperparatiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: Patología hepática y biliar, pancreatitis aguda, pielonefritis aguda, cólico nefrítico, úlcera duodenal, neumonía, cardiopatía isquémica, tromboembolismo pulmonar, herpes zóster.

Comentario final: Tras confirmar en un segundo control analítico el hallazgo de hiperparatiroidismo, se deriva al Servicio de Endocrinología para filiar su etiología. En este caso, se muestra la relevancia del médico de Atención Primaria en el diagnóstico del hiperparatiroidismo primario, gracias a la atención integral y continuada que desempeña, y también su posterior colaboración con otras especialidades para el tratamiento y seguimiento del paciente. Para concluir, ante un dolor persistente en hipocondrio derecho, y tras haber descartado las patologías más habituales a ese nivel, el médico de Atención Primaria debe considerar otras menos frecuentes como el hiperparatiroidismo primario.

Bibliografía

1. Stoop E, Valanci S, Castañeda L, Baquera J, Saéz JC. Enfermedad paratiroidea: el espectro completo, de adenoma a carcinoma. Reporte de 3 casos. Cirugía y Cirujanos. 2017;85:549-51.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo. Hipercalcemia. Abdominalgia.