

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

424/1506 - LIMITACIONES EN ATENCIÓN PRIMARIA: UNA LUMBALGIA ATÍPICA

Á. Martínez Román¹, G. Alejandro Lázaro², A. Sánchez Masot³ e I. Plaza Serrano⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. ²Médico de Familia. Centro de Salud Olías del Rey. Toledo. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olías del Rey. Toledo. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 78 años con antecedentes de celiaquía, cáncer de vulva y depresión de larga evolución que acudió a consulta de Atención Primaria (AP) por lumbalgia asociada a malestar general con astenia y anorexia. Un mes más tarde, volvió por el mismo cuadro por lo que se pidió un estudio radiológico de columna lumbosacra que mostró múltiples aplastamientos vertebrales lumbares sin caída de altura previa, motivo por el cual se realizó una petición de interconsulta a Reumatología junto con la solicitud de una analítica donde se objetivó un calcio corregido bajo (6,4 mg/dL) y una PCR elevada (8,6 mg/dL). Ante hipocalcemia severa se derivó a Urgencias donde se corroboró hipocalcemia, hipomagnesemia e hiperfosforemia. Se dio de alta con calcio, magnesio y control analítico posterior en AP. Nueve días más tarde, acudió de nuevo a consulta taquipneica y con roncus. Se remitió a Urgencias y fue ingresada en Medicina Interna donde se constató insuficiencia cardiaca secundaria a pseudohipoparatiroidismo.

Exploración y pruebas complementarias: Taquipnea y roncus bilaterales. El estudio precisa analítica de sangre con niveles de calcio y PTH.

Orientación diagnóstica: En la hipocalcemia la clínica se correlaciona con la rapidez de su instauración. En los casos agudos predomina la sintomatología neuromuscular, neurológica (irritabilidad, ansiedad y depresión) y cardíaca (prolongación intervalo QT, arritmias e insuficiencia cardíaca). En los crónicos estos síntomas pueden aparecer ante una mayor demanda de calcio.

Diagnóstico diferencial: Una concentración baja o normal de PTH con hipocalcemia sugiere hipoparatiroidismo. PTH elevada e hipocalcemia indican déficit de vitamina D o pseudohipoparatiroidismo. La hipocalcemia con hiperfosfatemia es diagnóstica de hipoparatiroidismo o pseudohipoparatiroidismo. La hipofosfatemia con hipocalcemia y PTH elevada indican hiperparatiroidismo secundario.

Comentario final: Ante un síndrome depresivo con patología osteomuscular que no responde al tratamiento hay que incluir en el diagnóstico diferencial los trastornos del calcio. Para ello, es necesario pruebas complementarias como PTH y magnesemia (no disponibles actualmente) que nos permitan mantener, por otro lado, una AP resolutiva.

Bibliografía

1. Calatayud Gutiérrez M, Allo Miguel G. Hipocalcemias. Medicine (Baltimore). 2012;11(16):944-50.

2. Buitrago Ramírez F, Morales Gabardino JA, Alejandre Carmona J. FMC en atención primaria. 2012;19(8):485-8.

Palabras clave: Hipocalcemia. Paratohormona. Pseudohipoparatiroidismo.