

## 424/817 - PARATIROIDES Y CALCIO: LAS GRANDES DESCONOCIDAS

S. Fariñas Díaz de Guereñu<sup>1</sup>, N. Fanlo Erauskin<sup>2</sup>, M. Zurbano Araiz<sup>3</sup> y R. Ayuso Blanco<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Olaguibel. Álava. <sup>2</sup>Médico Adjunta. Hospital Txagorritxu. Álava. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Martín. Álava. <sup>4</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud de Olaguibel. Vitoria. Álava.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 59 años que acude a nuestra consulta derivado por el médico de su empresa con los resultados de analítica de rutina alterados (transaminasas elevadas). Asintomático. Hipertenso y dislipémico tratado farmacológicamente. EPOC. Exfumador desde hace un año de un paquete/día. Intervenido de hombros (tendinopatía) en tres ocasiones; última hace 10 meses. Ha estado en situación de ILT, recientemente incorporado a su trabajo.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tras comprobar resultados de analíticas previas (transaminasas normales) se solicitan analítica con perfil hepático (GOT, GPT, GGT, FA) y ecografía-hepática. En los resultados se observan transaminasas en rango pero fosfatasa alcalina con valores que triplican la normalidad. Ante este nuevo hallazgo pedimos nueva analítica sanguínea urgente con bioquímica (Na, K, Ca, P, perfil hepático, perfil férrico, perfil tiroideo, PTH, 25OH-VitD, FA ósea), hemograma y coagulación. Al día siguiente avisan desde laboratorio por calcemia de 16,1, a falta de validar el resto de parámetros. Derivamos a Urgencias. El paciente comenta ligera astenia (que relaciona con su última operación) y polidipsia progresiva (ingesta 3-4 Lagua diarios), sin otra clínica. Consciente, orientado y alerta, respondiendo correctamente a las preguntas. Afebril, con TA: 158/99 mmHg y SatO<sub>2</sub>: 100%. En Urgencias presenta hipercalcemia (15,3), resto sin hallazgos. ECG, gas venoso, orina y radiografías de tórax y abdomen anodinos. Exploración física normal. En ese momento se valida la PTH solicitada en el ambulatorio (1.363).

**Orientación diagnóstica:** En observación y monitorizado en todo momento; vistos los resultados se inician SSF + CLK, zoledronato y calcitonina, sin incidencias. Paciente estable, manteniendo diuresis. 5h después calcemia de 13,5.

**Diagnóstico diferencial:** Ante valores tan elevados de calcio y PTH nos planteamos patología tumoral (cáncer de paratiroides o pulmón). Creemos menos probable un hiperparatiroidismo ocasionado por adenoma benigno o una hiperplasia. Se ingresa (Endocrinología) para completar estudio tras mejoría post-tratamiento.

**Comentario final:** Días después se realizan TAC cuello-toraco-abdominal y cirugía (hemitiroidectomía derecha + paratiroidectomía superior derecha); resultados anatomopatológicos de carcinoma paratiroides células oxífilas con paratiroides residual peritumoral hiperplásica. La patología tumoral paratiroides es muy poco frecuente (incidencia 0,015/100.000 hab) pero debemos tenerla mentalmente presente con alteraciones calcio-PTH excesivamente llamativas. Aparece en edades medias, sin diferencia entre sexos. Tiene poco potencial maligno y escasa metástasis. Como conclusión, ante estos hallazgos, a pesar de la baja incidencia siempre hay que realizar la batería de pruebas oportunas; pensando también en antecedentes familiares y

neoplasias endocrina-múltiples a la hora del abordaje.

## Bibliografía

1. Botella JI, Valero MA, Sánchez AI, Cánovas B, Roa C, Martínez E, et al. Manual de Endocrinología y nutrición.
2. Cinza Sanjurjo S, Nieto Pol E. Guía Fisterra.

**Palabras clave:** Hipercalcemia. Cáncer paratiroides. Hiperparatiroidismo primario.