



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

## 482/1821 - HIPERCALCEMIA

S. del Amo Ramos<sup>1</sup>, J. Santamaría Fernández<sup>2</sup>, J. Melero Broman<sup>3</sup> y M. Rodríguez Puertas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villamuriel de Cerrato. Villamuriel de Cerrato. Palencia.<sup>2</sup>Técnico de Salud. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.<sup>3</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Venta de Baños. Palencia. <sup>4</sup>Enfermero. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 32 años con linfoma de Hodgkin tipo esclerosis nodular estadio IV en tratamiento con quimioterapia hasta hace 1 mes. Actualmente con tapentadol 50 mg/12 horas e ibuprofeno 600 mg/8 horas para el dolor lumbar (pendiente de comenzar radioterapia por metástasis lumbares). Acude a la consulta de Atención Primaria por dolor abdominal de 7 días de evolución con vómitos, estreñimiento, artralgias y bajada de 5 kg de peso.

**Exploración y pruebas complementarias:** Destacan los signos de deshidratación con hipotensión y bradicardia cardíaca. El abdomen está timpanizado con ruidos hidroaéreos disminuidos y defensa a la palpación profunda de fossa iliaca derecha por lo que se deriva al hospital de referencia. En el Servicio de Urgencias: analítica con alcalosis metabólica, calcio total 16,4 mg/dl, calcio iónico 2,0 mmol/L, fósforo 3,6 mg/dl, creatinina 1,62 mg/dl, cloro 89 mEq/l. Ante la hipercalcemia grave y los signos de deshidratación se decide ingreso hospitalario donde confirman y amplían los datos analíticos: calcio corregido 16 mg/dl, ácido úrico 12,5 mg/dl, paratohormona 11,8 pg/ml (normal). Electrocardiograma con bradicardiasinususal y radiografía de tórax sin cambios respecto a previas.

**Orientación diagnóstica:** Hipercalcemia grave.

**Diagnóstico diferencial:** Efectos secundarios del tratamiento con opioides. Sintomatología propia del proceso tumoral evolucionado. Obstrucción intestinal. Hipercalcemia tumoral.

**Comentario final:** La hipercalcemia es la alteración metabólica más común en pacientes oncológicos. Casi cualquier neoplasia puede ocasionarla incluso antes de presentar metástasis óseas. Hay que sospecharla ante pacientes que empeoran su estado general sin una causa clara y con clínica sugestiva. Los síntomas son inespecíficos y difíciles de distinguir de los de la enfermedad de base, tratamiento o morbilidad por lo que es importante un alto grado de sospecha. El diagnóstico es un valor analítico (calcio total  $> 10,5$  mg/dl), que conviene confirmar en una segunda determinación y corregir en función de la albúmina y las proteínas. Toda hipercalcemia sintomática y cifras a partir de 13 mg/dl sintomáticas o no, requieren ingreso hospitalario. El tratamiento va dirigido en primer lugar a corregir la deshidratación y favorecer la excreción renal de calcio (furosemida) seguido del tratamiento hipocalcemiante específico.

### Bibliografía

1 Ruíz-Ares GJ, Mérida-Herrero E, Urgencias hidroelectrolíticas, nefrológicas y urológicas en el paciente oncológico. Manual de Urgencias Paliativas.

2 Ruíz-Alonso A, Hernández-Martín MA, Macías-Verde D. Urgencias en oncología. BioCancer. 2016;1.

**Palabras clave:** Hipercalcemia.