



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

## 482/1832 - MANEJO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN LA CONSULTA

A. Carbó Jordà<sup>1</sup>, E. Robles Martín<sup>1</sup>, E. Álvarez Baza<sup>2</sup>, N. Cubelos Fernández<sup>3</sup>, S. Palacios González<sup>4</sup>, B. Ramos Bachiller<sup>5</sup>, B. Carmona Ayuela<sup>6</sup>, L. Hernando López<sup>6</sup> y S. Fernández Cordero<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>3</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Crucero-León IV. León. <sup>5</sup>Residente de 2º año de Endocrinología. Complejo Asistencial Universitario de León. León. <sup>6</sup>Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado-León V. León.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años, asintomática, que acude por descubrirse de forma incidental calcemia de 13 mg/dL y filtrado glomerular de 32 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. A la exploración no se palpan adenopatías ni nódulos cervicales. Tras confirmar la hipercalcemia en una nueva analítica, se solicita paratohormona (PTH), que resulta elevada (388 pg/mL). Se deriva a Endocrinología por sospecha de hiperparatiroidismo primario (HPTP). Se pauta cincacalcet para reducir la calcemia y se solicitan ecografía renal y densitometría ósea, objetivándose nefrocalcrosis y osteroporosis. Se pauta asimismo ácido zoledrónico y, siendo la paciente candidata a tratamiento quirúrgico, se solicitan gammagrafía Tc-99m sestamibi y resonancia magnética cérvico-torácica, evidenciándose masa mediastínica retrotraqueal de 5 cm de diámetro. Se deriva a Cirugía Torácica para exéresis de la masa, que en estudio anatopatológico se confirma como adenoma paratiroideo. Tras la cirugía, los niveles de calcemia y PTH descienden a 9,6 y 26 respectivamente.

**Orientación diagnóstica:** Hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo.

**Diagnóstico diferencial:** Hipercalcemia tumoral, intoxicación por vitamina D, fármacos (tiazidas, litio), deshidratación grave, hipercalcemia hipocalciúrica familiar, inmovilización.

**Comentario final:** Ante una hipercalcemia en una analítica de rutina, en la consulta de Atención Primaria debemos confirmarla con una segunda determinación. Si obtenemos una segunda hipercalcemia, solicitamos la PTH para orientar el diagnóstico y derivamos a Endocrinología para estudio. El HPTP cursa habitualmente de forma asintomática y se suele diagnosticar por una hipercalcemia incidental. No debemos derivar hipercalcemias aisladas ni determinar PTH sin una sospecha fundamentada de patología paratiroidea. Los pacientes son candidatos a cirugía en caso de afectación de órgano diana o hipercalcemia elevada o sintomática. Si no procede la cirugía, se administran calcimiméticos para control de calcemia o bifosfonatos para corrección de densidad mineral ósea. No están indicadas pruebas de imagen si el paciente no es tributario de cirugía. El HPTP tiene una incidencia de 5/1.000 personas, habitualmente mujeres a partir de los 50 años. Hay formas familiares de HPTP, así como HPTP asociado a neoplasias endocrinas múltiples (MEN1, MEN2A). Los carcinomas son excepcionales.

## Bibliografía

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hyperparathyroidism (primary): diagnosis, assessment and initial management (NG132). Disponible en:  
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng132/resources/hyperparathyroidism-primary-diagnosis-assessment-and-initial-management-pdf-66141715991749>

**Palabras clave:** Hiperparatiroidismo. Adenoma. Hipercalcemia.