



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

245/11 - HIPERCALCEMIA: ¿CUÁNTO PODEMOS HACER DESDE ATENCIÓN PRIMARIA!

F. Cancio González

Resumen

Descripción del caso: Varón de 27 años, con astenia y alteración del estado de ánimo de meses de evolución. Lo achaca a agotamiento psicofísico por sobrecarga laboral.

Exploración y pruebas complementarias: Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: no reacción adversa a medicamentos. No antecedentes quirúrgicos, Ningún tratamiento actual. Extrasístoles ventriculares aisladas. Estructura familiar funcional adecuada. No alteraciones por órganos y aparatos. Actitud: se solicita pruebas de laboratorio para descartar causas que puedan originar el cuadro (anemia, patología tiroidea, etc.). Prueba de laboratorio inicial: hemograma normal. Calcio corregido 11,4 mg/dl, fósforo: 3,1 mg/dl, creatinina: 0,9 mg/dl; TSH: 1,9 µg/ml. Pruebas de laboratorio de confirmación: Ca corregido: 11,1, fósforo: 3,3 mg/dl; creatinina: 0,9 mg/dl. (FG: 117 ml/min.); 25-OH-vitamina D: 10,9 ng/ml. Pruebas para diagnóstico diferencial. Prueba de laboratorio: parathormona (PTHi): 215 pg/ml; calciuria en orina de 24 horas: 126 mg; fosfaturia y uricosuria normal. Radiografía tórax: normal. Eco abdominal-pélvico: nefrolitiasis bilateral asintomática. Se deriva a los Servicios de: Endocrinología: gammagrafía y ecografía de paratiroides. Estudio compatible con adenoma de paratiroides inferior derecha. Tratamiento: paratiroidectomía por adenoma paratiroideo íntimamente adherido a cápsula tiroidea en lóbulo medio-inferior-derecho. Urología: TC de abdomen: dos imágenes de litiasis en el grupo calicial medio, una en cada riñón, en el lado derecho de 8,5 mm de diámetro y en el izquierdo de 13 mm, sin ectasia de la vía urinaria. Tratamiento: litotricia extracorpórea sobre ambas litiasis renales.

Juicio clínico: Hipercalcemia mediada por PTHi: hiperparatiroidismo primario (HPP) secundario a adenoma paratiroideo inferior derecho. Nefrolitiasis bilateral secundaria a HPP.

Diagnóstico diferencial: Hipercalcemia mediada por PTHi: HPP, hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna, fármacos (litio), etc. Hipercalcemia no mediada por PTH: hipercalcemia humoral maligna. Hipertiroidismo, enfermedad granulomatosa, intoxicación vitamina D, síndrome de Williams, etc.

Comentario final: Hipercalcemia: Trastorno hidroelectrolítico común, que muchas veces pasa desapercibido o se ignoran sus causas y complicaciones. El HPP es la causa más común de hipercalcemia. En un 85% es producido por un adenoma único y de forma esporádica. Excluyendo la fatiga o la depresión, mayoritariamente los pacientes con HPP presentan hipercalcemia asintomática. La nefrolitiasis suele ser el síntoma de presentación en personas menores de 60 años. La causa más frecuente de litiasis por hipercalcemia es el HPP. La paratiroidectomía mínimamente invasiva guiado por la localización intraoperatoria de PTHi es el único tratamiento curativo de la HPP. De elección en HPP sintomáticos o con complicaciones. A partir de valores elevados de calcemia, el médico de familia está capacitado para realizar

un enfoque diagnóstico atendiendo a perfiles clínicos y de laboratorio.

Bibliografía

1. Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Loscalzo J, eds. Harrison principios de medicina interna 19ª ed. McGraw-Hill; 2015.
2. Shane E. Diagnosis, approach to hypercalcemia, 2015.
3. Nuevo-González J.A. Hipercalcemia como Urgencia Médica. REEMO. 2009;18(3):51-5.
4. The Diagnosis and managment of hypercalcemia, BMJ. 2015;350: h2723.