



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

210/36 - NO TODO ES CÁNCER

I. Carrión Jiménez^a, L.L. Cabrera Sánchez^b, N.M. Carrión Aliaga^c y L. Bernal Martínez^d

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Alberca. Murcia. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 1^{er} año. Centro de Salud San Juan. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de 2^o año. Centro de Salud Espinardo. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años que consulta por hiporexia asociada a dolor abdominal posprandial y astenia de un mes de evolución, con pérdida de 4-5 kg de peso. Antecedentes personales de carcinoma de mama, tratado con cirugía, 5 años de Tamoxifeno y radioterapia local, sin evidencia de recaída hasta la fecha. Exploración física sin hallazgos patológicos. Se pide analítica. Se remite a urgencias tras obtener resultados reiterados de hipercalcemia grave. Se ingresa en oncología para estudio. Durante su ingreso se detecta calcemia 15,1 y PTH 614 por lo que se decide traslado al servicio de endocrinología donde continúa el estudio. Se realiza ecografía cervical y gammagrafía paratiroidea compatible con adenoma/hiperplasia paratiroidea. Tras resultado de todas las pruebas realizadas se decide intervención quirúrgica programada.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: BEG, piel y mucosas normales. Afebril. TA 142/85. ACP normal. Abdomen blando, depresible, no doloroso a palpación, no masas ni megalias. Cuello: no adenopatías, no ingurgitación yugular. Sin signos de focalidad neurológica. No edemas en extremidades. Analítica: Ca 15,1 mg/dl, PTH 614 pg/ml. Radiografía tórax: no nódulos o consolidaciones. Eco cervical: nódulo de 1,2 cm en cara posterior del lóbulo izquierdo paratiroideo. No adenopatías laterocervicales sospechosas. Gammagrafía paratiroides: compatible con adenoma/hiperplasia en paratiroides superior e inferior izquierda. Densitometría: compatible con osteopenia en antebrazo, cadera y columna lumbar.

Juicio clínico: Hiperparatioidismo primario.

Diagnóstico diferencial: Hiperparatiroidismo primario. Neoplasia.

Comentario final: El hiperparatiroidismo primario es la primera causa de hipercalcemia en pacientes ambulatorios, las neoplasias son la primera causa en pacientes hospitalizados. Ante una hipercalcemia en atención primaria, primero descartar pseudohipercalcemia, después repetir la determinación. Tras confirmarla pedir PTH para descartar hiperparatiroidismo primario. En pacientes con neoplasia previa debe cuantificarse PTH puesto que en estos la incidencia de hiperparatiroidismo primario está aumentada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Ramírez A. Alteraciones del metabolismo del calcio, del fósforo y del magnesio. En: Ausina Ruiz V, Carmen Rodríguez R, Carreres Molas A, et al., eds. Farreras-Rozman. Medicina Interna. 16^a ed. Barcelona: Harcourt. 2009.