



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/515 - ¿ES SÓLO UNA INFECCIÓN DE ORINA?

A. Junyent Bastardas<sup>a</sup>, A.M. Serrano González<sup>b</sup> Ep Koessler, M.E. del Junco Rodríguez<sup>c</sup>, L. Pont Serra<sup>a</sup>, R. Hernández Ríos<sup>a</sup>, M. Ciurana Tebé<sup>d</sup>, M.Q. Lorente Márquez<sup>a</sup>, L. Valls Cassi<sup>e</sup>, C. Vilardell Vild<sup>f</sup> y A. Gutiérrez Espinal<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>d</sup>Médico de Familia. EAP Plaça Catalunya-Manresa 2. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Manresa-4. Barcelona. <sup>c</sup>Médico Residente de Familia. Centro de Salud Suria. Barcelona. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Sagrada Família. Manresa. <sup>f</sup>Endocrinólogo. Althaia Xarxa Assistencial de Manresa. Manresa.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 61 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas. Como antecedentes presenta esteatosis hepática, osteoporosis y litiasis renal derecha asintomática detectada hace 10 años. Acude por síndrome miccional y polidipsia. Se realiza análisis que detecta leve insuficiencia renal (filtrado glomerular 46,87 mL/min, creatinina 1,25 mg/dL) sin albuminuria.

**Exploración y pruebas complementarias:** Afebril y estable hemodinámicamente. Exploración física anodina. Ecografía renovesical con nefrolitiasis múltiple no obstructiva. Sedimento y urinocultivo no patológicos. Estudio metabólico: hemograma normal, glucosa 129 mg/dL, creatinina 1,22 mg/dL, filtrado glomerular 47,93 mL/min, urato 7,6 mg/dL, calcio 12,8 mg/dL, fosfato 1,4 mg/dL, proteinuria 0,23 g/24h, calciuria 0,47 g/24h, aclaramiento creatinina 66,6 mL/min, vitamina D25 21,7 ug/L, PTH intacta 818 pg/mL. Con la orientación diagnóstica de hiperparatiroidismo primario, se deriva al servicio de endocrinología, donde se realiza ecografía y gammagrafía de paratiroides. Se confirma el diagnóstico de adenoma de paratiroides derecho, se realiza tratamiento con cinacalcet hasta cirugía y posteriormente paratiroidectomía inferior derecha con resolución analítica y clínica.

**Juicio clínico:** Hiperparatiroidismo primario por adenoma de paratiroides.

**Diagnóstico diferencial:** Ante una hipercalcemia incluye 1. Mediada por PTH: hiperparatiroidismo primario, terciario. 2. Tumoral; 3. Fármacos: tiazidas, litio, intoxicación por vitamina D. 4. Endocrinopatías: hipertiroidismo, feocromocitoma, insuficiencia suprarrenal, acromegalia, 5. Enfermedades granulomatosas 6. Otras: hipercalcemia hipocalciúrica familiar benigna, intoxicación por aluminio en pacientes en diálisis crónica, nutrición parenteral, inmovilización prolongada.

**Comentario final:** La hipercalcemia es un trastorno metabólico frecuente de etiología múltiple, siendo el hiperparatiroidismo primario la causa principal de hipercalcemia insidiosa en pacientes adultos ambulatorios. Ante un paciente con antecedente de litiasis renal y, en especial, si presenta clínica de polidipsia y poliuria debe realizarse un estudio del metabolismo fosfo-cálcico.

## **Bibliografía**

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica, 4ª ed. Barcelona: Elsevier, 2010.
2. Siddiqui NI, Miah AG, Khan NK, Bosri R, Ghani MH, Uddin S, Tanzeem S, Razib KH. Primary hyperparathyroidism: a case report. Mymensingh Med J. 2014;23:375-9.
3. Elizabeth Shane, MD. Etiology of hypercalcemia. UpToDate, 2016.

**Palabras clave:** *Hipercalcemia. Litiasis. Hiperparatiroidismo. Insuficiencia renal.*