



242/5034 - DISNEA CON DIAGNÓSTICO INESPERADO

J. Villarte García^a, M. Algarra Ríos^b, J. Peralta Mateos^a y A. Luna Antoni^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ubrique. Cádiz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Benaocaz. Cádiz.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Granzalema. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón 43 años. Obeso, exfumador (2 paq/día), HTA, bebedor moderado, claudicación intermitente, insuficiencia venosa periférica. Tratamiento: Adiro 100 mg (0-1-0), ramipril 2,5 mg (1-0-0), salbutamol a demanda, omeprazol 20 mg (1-0-0). Consulta por disnea a esfuerzos moderados, somnolencia diurna y su mujer refiere pausas de apnea durante la noche.

Exploración y pruebas complementarias: AP disminución global del MV más acusado en bases, abdomen muy globuloso, 91% SatO₂. En TAC realizado en hospital privado hallazgo de derrame pleural y múltiples adenopatías mediastínicas. En analítica solicitada destaca hipocalcemia (4,8) solicitamos ampliación de analítica que muestra PTH también disminuida (4,4) con el resto de parámetros dentro de la normalidad.

Juicio clínico: Hipoparatiroidismo a filiar y SAHOS.

Diagnóstico diferencial: SAHOS, EPOC, ICC, neoplasia: tanto el SAHOS que es casi cierto que lo tenga por la clínica como la ICC solo podrían explicar parte de la clínica pero el derrame pleural no encaja en ninguna de estas entidades. La patología neoplásica podría explicar tanto el derrame como la clínica disneica pero el TAC no informa masas. Tiene EPOC deficientemente tratada a la cual habrá que ajustar tratamiento una vez averigüemos de donde viene el derrame pleural.

Comentario final: Endocrinología solicita eco cuello que informa glándulas paratiroides rudimentarias. Diagnóstico final: hipoparatiroidismo primario.

Bibliografía

1. Cliniguía 2016.
2. Montoliu J. Metabolismo electrolítico y equilibrio ácido-base. 1994:109-15.
3. Zaloga GP, Chernow B. Hypocalcemia in critical illness. JAMA. 256:1924-86.

Palabras clave: Hipoparatiroidismo. Hipocalcemia. Disnea.