



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



424/3256 - LO QUE LAS UÑAS PUEDEN CONTAR

M. Soto López¹, N. Pertierra Galindo², S. Manzano Sánchez-Miranda¹ y S. García Cabrera¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monóvar. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Monóvar. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 44 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a consulta en el centro de salud por afectación difusa en la tabla ungueal de ambas manos, con predominio de pitting y uñas cortas, sin engrosamiento, de cuatro meses de evolución, que atribuyó a posible onicomycosis para lo que solicitó tratamiento. Además, refería astenia y fatiga muscular del mismo tiempo. Ante sospecha de afectación por causa sistémica se solicitó analítica con metabolismo fosfocálcico y cultivo ungueal. Ante resultado de una hipercalcemia por probable hiperparatiroidismo primario se le citó para ecografía tiroidea y con resultados se derivó a Endocrinología donde se constató dicha sospecha y fue enviado a Cirugía General. Ingresó para laparoscopia exploratoria con hallazgo de adenoma paratiroideo inferior derecho que extirparon, con normalización de cifra de calcio al alta.

Exploración y pruebas complementarias: Paciente con buen estado general. Eupneico. Auscultación cardiopulmonar normal. Cuello: no se palpaban nódulos ni adenopatías cervicales. Analítica: Función renal conservada, no anemia. Calcio 11,5 mg/dl, fósforo 3,2 mg/dl, PTH 136 pg/ml, TSH 4,59 uU/ml, vitamina D 21 ng/ml. Cultivo ungueal negativo. Ecografía en atención primaria: lesión hipocogénica ovalada en parte inferior de lóbulo tiroideo derecho de unos 6 × 3 mm aproximadamente, Doppler negativo, sin microcalcificaciones, que pudiese corresponderse con adenoma paratiroideo. Se confirmó en ecografía por especializada. Gammagrafía y TAC cervical: no se identificaron imágenes compatibles. Densitometría: columna lumbar T: -2,1, cadera izquierda T: -1,3. Exploración quirúrgica cervical: extirpación de adenoma paratiroideo inferior derecho. Analítica al alta: calcio 9,8 mg/dl.

Orientación diagnóstica: Hiperparatiroidismo primario por adenoma paratiroideo.

Diagnóstico diferencial: Tumoral. Hipercalcemia hipocalciúrica familiar. Hipercalcemia farmacológica. Hiperparatiroidismo secundario.

Comentario final: El hiperparatiroidismo se debe al incremento de la actividad de las glándulas paratiroides, que causa aumento de secreción de hormona paratiroidea (PTH). El diagnóstico se sospecha habitualmente por el hallazgo de hipercalcemia en analítica. Tiene una incidencia anual aproximada de 20 casos por 100.000 habitantes. La mayor parte de los casos se deben a un único adenoma en una glándula paratiroidea; menos del 1% se debe a carcinomas paratiroides.

Bibliografía

1. Castro JC, Reyna GAR, Torres JAP, Alba FM, Litchi AK, Weisman AK. Hiperparatiroidismo primario: An Med Mex [revista en Internet]. 2011 [citado 15 Dic 2015].
2. Fraser W. Hyperparathyroidism. Lancet. 2009;374.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo. Hipercalcemia. Adenoma.