



P-201 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO Y CALCINOSIS CUTIS

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, J. Cuevas Santos, I. Santos Recuero, M.J. Martínez Berlinches, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, A.W. Kühnhardt Barrantes, J.D. Gonzales Aguilar, J.C. Valenzuela Torres y J. García-Parreño Jofré

Hospital Universitario de Guadalajara.

Resumen

Introducción: La calcinosis cutis (CC) es el depósito de sales insolubles de calcio en la piel y el tejido subcutáneo. El síndrome está dividido en 5 subtipos: calcificación distrófica, metastásica, idiopática, iatrogénica y calcifilaxis. Las alteraciones del metabolismo del calcio y/o del fósforo se han asociado a la CC metastásica, tumoral y a la calcifilaxis en donde además se puede presentar hiperparatiroidismo. Presentamos un caso de CC asociada a hiperparatiroidismo primario y realizamos una búsqueda bibliográfica para determinar su asociación.

Caso clínico: Paciente con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, ureterolitiasis de 6 años de evolución y osteoporosis. En tratamiento con metformina 850 mg e indapamida 2,5 mg. Comienza estudio por lesiones nodulares subcutáneas en cara anterior de ambas piernas, de meses de evolución. Se realiza biopsia con extirpación de huso de piel completa de una de las lesiones que es informada como calcificación y osificación cutáneas, CC. El estudio analítico se observaron: calcio corregido por proteínas 11,2 mg/dl, parathormona 88,3 pg/ml, 25 hidroxicoalciferol 12 ng/ml, fosfaturia 24 horas 0,28 g/vol (0,5-1,3). Valores normales de: aclaramiento de creatinina 86 ml/min, fósforo 3,3 mg/dl, magnesio 1,9 mg/dl, calciuria 24 horas 123 mg/vol, proteinograma, anticuerpos scl-70 0,10, aldolasa 3,9 u/l, calcitonina basal suero < 8 pg/ml. Negatividad para anticuerpos: antinucleares, antimitocondriales, antimúsculo liso, células parietales y anti lkm. Se descartaron lesiones iatrogénicas, enfermedades hereditarias, del tejido conectivo, pancreáticas, traumatismos e infecciones cutáneas previas -incluso en la infancia- y neoplasias cutáneas. También la ingesta de antiácidos, de alimentos ricos en calcio y la hipervitaminosis D. Gammagrafía de paratiroides apreció un dudoso foco hipercaptante en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo. La ecografía tiroidea no objetivó alteraciones. Fue sometida a paratiroidectomía inferior izquierda mínimamente invasiva con monitorización de pth intraoperatoria. Los valores fueron Pthi basal preincisión: 102,7, Pthi preescisión: 68,7, Pthi 5 min: 29,9, Pthi 10 min: 23,8, Pthi 20 min: 18,8. Pth% cambio 5 min/basal: 70,89, Pth% cambio 5 min/preescisión: 56,48, Pth% cambio 10 min/basal: 76,83. Pth% cambio 10 min/preescisión: 65,36, Pth% cambio 20 min/basal: 81,69, Pth% cambio 20 min/preescisión: 72,63. Por tanto cumplía criterios de curación de Roma, Viena y Miami. Fue dada de alta hospitalaria a las 24 horas, por no reunir criterios previos de CMA. El estudio de la paratiroides fue de 390 mg de peso y 15 x 10 mm de tamaño, con diagnóstico de adenoma de paratiroides. La paciente fue diagnosticada finalmente de calcinosis cutis metastásica por hiperparatiroidismo primario. Al año de la intervención las lesiones cutáneas se han estabilizado y

los niveles de calcio, fósforo y PTH son normales. Realizamos búsqueda en PubMed en todos los idiomas hasta marzo de 2013 con las siguientes palabras claves: hyperparathyroidism, calcinosis cutis solas y combinadas. Se revisaron los abstract y se analizaron aquellos artículos que pudieran incluir casos con calcinosis cutis e hiperparatiroidismo primario, sin hallar resultados.

Discusión: En nuestro estudio, es la primera vez que se asocia la presencia de calcinosis cutis e hiperparatiroidismo primario.