



P-078 - ¿RECIDIVA TUMORAL O INFECCIÓN CRÓNICA? EL RETO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ACTINOMICOSIS

Pila Díez, Ulises; Linacero, Santiago; Celi, Edgardo Andrés; Colás, Enrique; Martín Prieto, Libertad; Martín Cavanna, Jaime; Fernández Cebrián, José María; Quintans, Antonio

Fundación Hospital Alcorcón, Alcorcón.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) constituye la primera causa de hipercalcemia extrahospitalaria. Presentamos un paciente con extensa historia sintomática que, durante su estudio, presentó una crisis paratirotóxica por adenoma gigante.

Caso clínico: Varón, 69 años. HTA mal controlada. Litiasis renales bilaterales precisando LEOC y, desde hace 3 años, citrato potásico, último episodio hace 1 año. Enviado a Nefrología para estudio. Analítica ambulatoria: hipercalcemia (16 mg/dl) y PTH > 1.000. Se remite al paciente a Urgencias, iniciándose tratamiento con cinacalcet bajo diagnóstico de HPTP. Clínica: astenia, disnea. Sin parestesias. Al ingreso: calcio 16,3 mg/dl, PTH > 1.000, fósforo 1,5, deterioro de función renal con creatinina 1,7 mg/dl y filtrado glomerular (FG) 40 ml/minuto. JC: HPTP + IR secundaria. Manejo: cinacalcet 30 mg/día + zalendronato 4 mg dosis única + omeprazol. Fosfato monosódico. Suero salino con ClK+ furosemida. Cirugía urgente tras estabilizada la crisis paratirotóxica. TAC para descartar carcinoma. ORL: fibrobroncoscopia normal sin signos de afectación recurrential. Evolución prequirúrgica: Se suma calcitonina al cinacalcet, normalizándose la calcemia y la función renal, con mejoría de la hipofosforemia. RM: Captación aumentada anular: área central de hipocaptación y región periférica hipercaptante, pudiendo corresponder a una adenoma de gran tamaño y larga evolución con un centro necrótico. TAC (concordante con ECO): Masa lobulada predominantemente quística, septada, con engrosamientos focales en la región tiroidea inferior derecha. De 7 × 5,2 × 3 cm (craneocaudal-PA-transverso), que se extiende al mediastino superior paratraqueal derecho, posterior al tronco braquicefálico. No se observan adenopatías laterocervicales patológicas. Quirúrgico: Hallazgos: tumoración quística de gran tamaño profunda respecto a hemitiroides derecho, compatible con adenoma paratiroideo. Técnica: extirpación completa de la lesión quística. Confirmación quística de adenoma paratiroideo cumpliendo el Criterio de Miami: PTHpre 472, PTHpost 92. Evolución posquirúrgica: Calcio 9,2, PTH 59 pg/ml. Se suplementa acetato cálcico 500 mg/8h para prevenir hipocalcemia. Asintomático. Altado sin recaídas hasta la actualidad. AP: compatible con adenoma paratiroideo de más de 10 g (se fragmenta). JC: hipercalcemia en el seno de HPTP por adenoma tiroideo y deterioro de la función renal secundario.

Discusión: Pacientes sintomáticos y asintomáticos que cumplan criterios, pueden beneficiarse de cirugía, único tratamiento definitivo para el HPTP. Con él, se obtiene la curación en torno al 99% de los casos, reforzándose la técnica con los avances en el diagnóstico del adenoma único que aportan

la ECO y la gammagrafía. Las guías del Cuarto Taller Internacional sobre el manejo del HPTP asintomático (2014) recomiendan la cirugía en pacientes asintomáticos con: calcio sérico 1 mg/dl sobre el máximo de la normalidad. *t-score* < 2,5 lumbar, de cadera total, cuello femoral o tercio distal radial. Fracturas vertebrales. Aclaramiento de creatinina < 60 ml/min. Calciuria de 24h > 400 mg + riesgo bioquímico litiásico elevado. Nefrolitiasis o nefrocalcinosis (radiografía simple/TAC/ECO). Edad menor a 50 años. Tratamiento de las crisis paratirotóxicas: medicoquirúrgico con hidratación y recuperación de la función renal, diuresis forzada, bifosfonatos ± hemodiálisis previas, y calcitriol ± gluconato cálcico posteriormente.