



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-074 - HIPERCALCEMIA MALIGNA COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Valderas Cortés, Guillermo Felipe; Báez de Burgos, Celia; Núñez Ronda, Rut; Grifo Albalat, Isabel; Ismail Hamed, Ali Mahmoud; Villalba Ferrer, Francisco Leo; Precioso Estiguin, Javier; Zaragoza Fernández, Cristóbal

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es la 3ª patología endocrina en frecuencia tras la diabetes mellitus y las enfermedades tiroideas. El diagnóstico es por hallazgo casual de calcemias séricas elevadas en analíticas de rutina. La sintomatología es poco específica, siendo las nefrolitiasis y alteraciones de la densidad ósea las más características. Las crisis hipercalcémicas son muy poco frecuentes en el debut del HPTP (1-2% de casos). Exponemos un caso de crisis hipercalcémica como síntoma de presentación de un HPTP no conocido en contexto de un fracaso renal agudo y tromboembolismo pulmonar (TEP).

Caso clínico: Mujer de 40 años en tratamiento por HTA y depresión que consulta en Urgencias por clínica miccional asociando dolor abdominal, náuseas y estreñimiento de varias semanas de evolución, fue diagnosticada y tratada de ITU sin presentar mejoría clínica, por lo que consultó de nuevo. A la exploración presentaba TA 120/83 mmHg y FC 118 lpm; sequedad mucocutánea; sin focalidad neurológica, ligeramente ansiosa; a la ACP presentaba taquicardia sin otros hallazgos; a la palpación abdominal existía dolor en HCl y FII sin peritonismo y PPL izquierda positiva; sin signos de TVP en miembros inferiores. Se realizó radiología simple de tórax y abdomen sin alteraciones; la analítica sanguínea evidenció Creat. 2,26 mg/dL y urea 71,1 mg/dL, alteración hidroelectrolítica (Na 130 mEq/L, K 3,1 mEq/L, Cl 92 mEq/L) y elevación de PCR (22,5 mg/dL); sin alteraciones en hemograma ni en hemostasia; el estudio de orina mostró discreta proteinuria, hematuria y leucocituria; se realizó ecografía urológica con aumento difuso bilateral de la ecogenicidad renal por probable nefropatía intersticial. Diagnosticada de IRA ingresó en Nefrología. El ionograma mostró Ca corregido de 19,2 mEq/L, P 4,3 mEq/L y PTH 1203. La ecografía cervical evidenció una lesión paratiroidea de 6,6 × 3,9 × 2,7 cm en polo inferior del LTD. A las 24 horas, a pesar de tratamiento médico intensivo, presentó deterioro neurológico, con acortamiento de QT en el ECG y onda T aplanada y calcemia de 19,0 mEq/L, indicándose hemodiálisis urgente. Se realiza TAC cervical y gammagrafía paratiroidea para completar estudio y descartar carcinoma paratiroideo como etiología del HPTP. Hallándose en TAC un defecto de repleción bilateral de las arterias pulmonares lobares inferiores por TEP agudo asintomático, iniciándose anticoagulación con heparina sódica. Se interviene el 6º día, realizándose paratiroidectomía izquierda (asociando hemitiroidectomía izquierda) bajo neuroestimulación continua de n. vago, sin presentar complicaciones postoperatorias inmediatas. El estudio anatomopatológico confirmó la histología de adenoma paratiroideo de 3 cm. Presentó correcta recuperación postoperatoria, normalizando PTH (5-10 pg/mL) a las 48 horas,

regularizando niveles de Ca, P y función renal (normalizándose el 12º día), sin necesidad de hemodiálisis. Siendo alta el 15º día de ingreso.

Discusión: La crisis paratiroidea es una manifestación infrecuente pero potencialmente mortal del HPTP por complicaciones cardiacas, renales y neurológicas. Enfatizar la importancia del diagnóstico precoz. Si bien el tratamiento médico estabiliza la crisis hipercalcémica, es la cirugía es el único tratamiento curativo, pues mejora el pronóstico y disminuye la mortalidad del 100% hasta un 20-60% según la bibliografía.