



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/246 - El calcio detrás de un dolor abdominal

R.J. Reyes Vallejo^a, F. Leiva-Cepas^a, I. López-López^b, J.M. Madeira Martins^c, A. Rizo-Barrios^d, A. Cabello Chanfreut^e, J. Cuevas Cruces^e, J. López Moreno^f, A. López Matarín^g y J.Á. Fernández García^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^eMédico de Familia. Unidad de Gestión Clínica de Occidente. Consultorio de Villarrubia. Córdoba. ^bMédico Residente de Nefrología; ^dMédico Residente de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^cMédico Residente. Unidad de Gestión Clínica Fuensanta. Córdoba. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Aeropuerto. Córdoba. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Guadalquivir. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, alérgica al látex. Hipertensa, ovario poliquístico y litiasis renal izquierda. Acude a urgencias derivada por su MAP por un cuadro de dolor abdominal epigástrico con irradiación en cinturón y hacia espalda de 24 horas de evolución. Tras diagnóstico la paciente ingresa a cargo de Digestivo, donde sufre complicaciones siendo ingresada en UCI. Tras fracaso renal agudo, se realiza interconsulta con Nefrología que enfoca el diagnóstico y el tratamiento.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril. Regular estado general, consciente, orientada, colaboradora. Eupneica en reposo y estable hemodinámicamente. Dolor abdominal en epigastrio a la palpación; sin presencia de equimosis abdominal. Sin otros hallazgos en la exploración. Hb 11,9, VCM 84, leucocitosis 16.400 13.900 neutrófilos. Coagulación conservada. Glucosa 122, creatinina 4, bilirrubina 0,5, PCR 47, amilasa 488, FA 150, MDRD 73. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos valorables. Ecografía abdominal: no valorable obesidad. TAC abdominal: se descarta neumoperitoneo; páncreas aumentado de tamaño edema. Pequeña cantidad de líquido libre en pelvis. Litiasis en el riñón izquierdo. Bases pulmonares con pequeñas líneas de derrame pleural en zonas declives. Debido al empeoramiento de la función renal, se determina los valores de Ca 12,5; se solicita PTH 1.884; se realiza gammagrafía: se evidencia adenoma paratiroideo, el cual se intervino quirúrgicamente.

Juicio clínico: Pancreatitis aguda (PA) alitiásica secundaria a hiperparatiroidismo primario. Insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a hiperparatiroidismo primario.

Diagnóstico diferencial: Causas de PA: litiasis biliar, alcoholismo, masa cefálica pancreática, hipercalcemia. Causas de IRA: bajo gasto cardiaco, sepsis por pancreatitis, hipercalcemia.

Comentario final: La hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo es una causa poco común de PA. Se ha visto que los niveles de calcio pueden ser un factor de riesgo mayor, apareciendo esta enfermedad durante las crisis de hipercalcemia. Numerosos estudios refieren la intervención de

alteraciones en diversos genes, lo que podría justificar que solo unos pocos pacientes con hiperparatiroidismo primario e hipercalcemia sufran PA.

Bibliografía

1. Cappel MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin North Am.* 2008;92:899.
2. Frossard JL, et al. Acute pancreatitis. *Lancet.* 2008;371:143.
3. Siow E. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Crit Care Nurse.* 2008;28:19-30.

Palabras clave: *Pancreatitis aguda. Hiperparatiroidismo. Dolor abdominal.*