



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1390 - REVISIÓN DEL METABOLISMO CALCIO-FÓSFORO, A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Carbajal Pérez<sup>a</sup>, M. Carrizo Boto<sup>b</sup>, S. Berdasco Suárez<sup>b</sup>, N. González García<sup>b</sup>, A. Luiña Madera<sup>c</sup> y G. del Río González<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pravia. Avilés. Asturias. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Vegas. Avilés. Asturias.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 77 años. Hipertenso, Tromboembolismo pulmonar bilateral, Insuficiencia renal crónica estadio 4 A3. Tratamiento: sintrom, telmisartán, torasemida, alopurinol, resincalcio, paricalcitol, rocaltrol, colecalciferol. Acudió a Urgencias hace 15 días por astenia intensa e hipoestesis en “guante” bilaterales y simétricas sin otra sintomatología. Exploración y pruebas normales (salvo por las hipoestesis), por lo que diagnosticó ansiedad, tratándose con alprazolam. Acude a nuestra consulta por persistencia de clínica, por lo que tras confirmar la normalidad de la exploración se decide ampliar estudio analítico y revisión.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración: hipoestesis en ambos miembros superiores hasta el codo, resto normal. Analítica de Urgencias: Creatinina 2,44, resto normal. Analítica de Primaria: creatinina 2,97, calcio corregido por albúmina 12,42, fosfato 2,54, parathormona intacta 358, resto normal. Revisando analíticas previas disponibles, calcemias entre 10 y 12 al menos desde hace 7 años, con creatinina de 1,7 por aquel entonces. Ecografías cervical y renal y scanner abdominal normales. Gammagrafía tiroidea: captación en polo inferior derecho, sugestiva de adenoma.

**Juicio clínico:** Hiperparatiroidismo primario. Insuficiencia renal crónica en probable relación con lo anterior.

**Diagnóstico diferencial:** Causas relacionadas con la parathormona (hiperparatiroidismo primario, secundario, terciario, producción ectópica de parathormona), neoplasias (productoras de análogos de parathormona, lesiones osteolíticas, activación extrarrenal de alfa-1 hidroxilasa en linfomas), relacionadas con la vitamina D (enfermedades granulomatosas, intoxicaciones medicamentosas), enfermedades endocrinas (tirotoxicosis, insuficiencia suprarrenal, feocromocitoma), intoxicación por fármacos (tiazidas, litio), otras causas (inmovilización, insuficiencia renal aguda y crónica, trasplante renal).

**Comentario final:** Tras establecer el diagnóstico de sospecha se suspendieron paricalcitol, rocaltrol y colecalciferol, y se derivó al paciente a Endocrinología, que confirmó el diagnóstico, amplió estudios, y tras descartar cirugía, pautó tratamiento con cinacalcet. Desde entonces, nuestro

paciente se mantiene normocalcémico. De este caso, destacar el inestimable papel clínico del médico de Atención Primaria, quien, a pesar de lo limitado de las herramientas que tiene a su alcance, en no pocas ocasiones es capaz de ir más allá que el especialista.

### **Bibliografía**

1. Shane E. Diagnostic approach to hypercalcemia. 2016. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-hypercalcemia>.
2. Carral F, Oliveira G, Aguilar M. Homeostasis del calcio, fósforo y magnesio. Med Integr. 2000;36(7):261-6.

**Palabras clave:** Hipercalcemia. Hiperparatiroidismo. Parathormona.