



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/280 - TETANIA. DIAGNÓSTICO DESDE EL TRIAJE DE URGENCIAS

J. Parra Jordán<sup>a</sup>, S. Neila Calvo<sup>b</sup>, S. Pini<sup>c</sup>, A. Blanco García<sup>d</sup>, P. López Tens<sup>e</sup> y M. Guerra Hernández<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria. <sup>b</sup>Adjunto de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente. Centro de Salud Camargo Costa. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Maliaño. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años que acude al servicio de Urgencias por calambres generalizados. Antecedentes personales: no alergias. No factores de riesgo cardiovasculares. No hábitos tóxicos. Intervenciones quirúrgicas: endometriosis con ooforectomía por quiste ovárico. Exéresis de adenoma paratiroideo. Tratamiento habitual: AINEs a demanda.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 157/67, FC84. FR 21. T<sup>a</sup> 36,3 °C. Consciente y orientada. BEG. Eupneico, bien perfundido. CyC: no adenopatías. No ingurgitación yugular. Tórax: AC rítmica sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado. Abdomen: anodino. EESS: manos de comadrón. EEII: sin edemas ni datos TVP. Bioquímica: glucosa 86; urea 49; creatinina 1,24; albúmina 3,6; calcio 6,7 mg/dL; Ca total corregido por alb. 7,0 mg/dL; magnesio 1,9 mg/dl; fósforo 2,7 mg/dL, Na 142 mEq/L, K 4,3 mEq/L. Cloro 108. Hemograma: 5.100 leucos, fórmula normal. Hb 9,1 g/dl. VCM 91. Plaquetas 384.000. ECG: RS a 86 lpm, sin alteraciones en la repolarización. Radiografía tórax: sin hallazgos de interés.

**Juicio clínico:** Hipocalcemia sintomática. Tetania.

**Diagnóstico diferencial:** Se debe realizar una aproximación de la causa que produce la hipocalcemia.

**Comentario final:** A menudo se llega al diagnóstico de hipocalcemia por las manifestaciones clínicas, hallazgos en el ECG (alargamiento del segmento QT) y por la analítica. Sin embargo, la determinación del calcio no está incluida en la bioquímica urgente, por eso, la sospecha clínica es muy importante. En este caso clínico, el antecedente de la cirugía de un adenoma paratiroideo nos lleva a pensar rápidamente que estamos ante una hipocalcemia grave (se acompaña de calambres y tetania). Sin embargo, es necesario recordar las distintas causas que pueden llevar a una hipocalcemia: hipoparatiroidismo, hiperfosfatemia, déficit de vitamina D, alteraciones del magnesio, fármacos- quelantes, bifosfonatos, fenitoína...- y otras situaciones de gravedad como pancreatitis aguda, sepsis, alcalosis respiratoria aguda, cáncer en progresión con metástasis osteoblásticas.

## **Bibliografía**

1. Farreras-Rozman Medicina interna, 16<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2008.
2. González Macías J. Trastornos del metabolismo mineral. En: Rodés J, Guardia J, editores. Medicina Interna. Barcelona: Masson S.A.; 2004. p. 2686-703.