**C 3**

**HIPERCALCEMIA ASOCIADA A MIOSITIS GRANULOMATOSA SARCOIDEA SÍMIL, UN CUADRO INFRECUENTE A CONSIDERAR**

Thomas Uslar Nawrath1, Gilberto González Vicente2, Roberto Olmos Borzone2, Jaime Godoy Santin3, Patricio Mellado Talesnik3  
1Departamento de Medicina Interna, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Departamento de Endocrinología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Departamento de Neurología, Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

La hipercalcemia asociada a enfermedades granulomatosas está bien descrita y su mecanismo subyace en la expresión extrarrenal de 1-alfa-hidroxilasa en macrófagos activados con producción no regulada de 1,25OHD independiente de PTH. La sarcoidosis es una de las enfermedades más representativas para este mecanismo de hipercalcemia, pero existen múltiples otras. Presentamos un caso de hipercalcemia asociada a enfermedad granulomatosa para ilustrar una entidad recientemente descrita.

**Caso clínico:** Paciente de 87 años consultó por 3 meses de tetraparesia de predominio proximal asociado a baja de 10k y astenia luego de viaje al Caribe. Al examen físico: tetraparesia proximal simétrica con reflejos conservados, sin otros hallazgos. Al laboratorio destacó calcemia de 13,4 mg/dL, PTH 12 pg/mL y CK normal (ver Tabla 1). PET/CT-FDG evidenció aumento de metabolismo glucídico intenso y difuso en musculatura proximal, sin linfadenopatíasmediastínicas u otros hallazgos. Se realizó biopsia deltoidea que describió granulomasepiteloideos no caseificantes ni necrotizantes, compatible con enfermedad granulomatosa muscular. Cuantiferon TBC negativo y estudio de causas neoplásicas negativo. Se diagnosticó miositis granulomatosa sarcoidea símil. Se manejó con Zolendronato 4 mg e/v y dosis alta de Prednisona con normalización de calcemia y tetraparesia. Al 3er mes, con dosis decreciente de Prednisona, persiste con normocalcemia y sin paresia.

**Comentario:** La miositis granulomatosa sarcoidea símil es una entidad rara (< 10 casos publicados) y recientemente descrita como una reacción sarcoidea muscular en ausencia de cuadro multisistémico concordante con sarcoidosis. A diferencia del compromiso muscular en sarcoidosis, este se presenta con debilidad muscular sin mialgia, suele cursar con CK total normal, captación muscular difusa en PET/CT-FDG, e hipercalcemia moderada a grave independiente de PTH, con 1,25OHD elevado. Nuestro paciente inició sus síntomas luego de fuerte exposición solar, lo cual probablemente descompensó su cuadro y es compatible con la fisiopatología involucrada. Los hallazgos histopatológicos de las miositis granulomatosas son inespecíficos, por lo que el diagnóstico diferencial debe ser amplio. Creemos que esta nueva entidad debe ser incorporada dentro del diagnóstico diferencial de hipercalcemia PTH independiente, con especial énfasis en el uso de PET/CT-FDG para una correcta aproximación.

**Tabla 1:** Resumen de exámenes

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Zolendronato**  **4 mg e/v** |  | **Metil-prednisolona**  **1,5 g** |  |  |  |
| **Parámetro** | **03/04/**  **2017** | **05/04/**  **2017** | **09/04/**  **2017** | **12/04/**  **2017** | **18/07/**  **2017** | **VN** |
| Calcio (mg/dL) | 13 | 12,6 | 11,8 | 9,8 | 9,4 | 8,5-10,5 |
| Fósforo (mg/dL) | 3,3 | 4,3 |  |  | 3,0 | 2,6-4,5 |
| Albúmina (gr/dL) | 3,7 |  | 3,3 | 3,2 |  | 3,5-5 |
| PTH (pg/mL) | 12 |  |  |  |  | 15-65 |
| CK total (U/L) | 64 |  |  |  |  | <190 |
| 25OHD (ng/mL) | 7,5 |  |  |  |  | 20-100 |
| VHS | 10 |  |  |  | 2 | 1-19 |
| Creatininemia (mg/dL) | 1,07 |  |  | 1,31 |  | 0,7-1,2 |
| Calcio orina 24 horas (mg/24 hrs) |  |  | 470 |  |  | 25-300 |

**Financiamiento:** Sin financiamiento