

Reunión Clínica 14 de Octubre 2017

09:30 – 10:15

“HIPERCALCEMIA SEVERA EN ENFERMEDAD GRANULOMATOSA POR SILICONA”

Presenta: Dra. Paola Hernández G.

Endocrinología Adulto

Hospital San Juan de Dios

GRUPO ENDOCRINOLOGÍA ÁREA OCCIDENTE

Caso 1

Mujer de 66 años, con antecedentes de HTA y varios procedimientos estéticos. Consulta por cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia debilidad en extremidades inferiores, baja de peso de 10 kilos, episodios de desorientación y pérdida de memoria, requiriendo hospitalización y sedación debido a agitación peligrosa. Al examen físico hemodinamicamente estable destacan zonas induradas en región glútea, inguinal y lumbar baja con hiperpigmentación que se presentaron posterior a inyección de silicona a nivel glúteo hace 20 años. Al laboratorio calcemia 15,7mg/dl , fosforo 4mg/dl , PTH 19,8 pg/ml, creatinina 2,7 mg /dl , 1,25 OH vitamina D : 17 pg/ml (18-78) PielotC nefrolitiasis bilateral, fractura vertebral por aplastamiento de L4, TC TAP nefrolitiasis bilateral no obstructiva, depósito de material denso en tejido celular subcutáneo con numerosas calcificaciones nodulares, pérdida de la interfaz dermoepidérmica en región dorsal baja y glútea bilateral, cintigrama óseo aumento de la captación del trazador en tórax, alteraciones en regiones glúteas que pueden corresponder a patología inflamatoria de tejidos blandos, biopsia renal glomeruloesclerosis global y focal con fibrosis intersticial y atrofia tubular leve a moderada, necrosis tubular aguda focal y calcificaciones intratubulares también focales. Se trató con hidratación, furosemida y pamidronato con mejoría clínica, normalización de calcemia y función renal hasta creatinina 1,3 mg /dl, siendo dada de alta con prednisona 20 mg/día con sospecha hipercalcemia de origen tumoral.

A los 3 meses es derivada a nuestro centro por hipercalcemia. Se hospitaliza para estudio y manejo. Al laboratorio hemoglobina 9,7gr/dl, hematocrito 31,5%, VCM 91, VHS 45 mm/hr, calcio 14,3 mg/dl, fosforo 2,5 mg /dl, magnesio 1,8mg/dl, albumina 3,6 mg/dl, creatinina 1,06 mg /dl, PTHi11pg/ml, 25OH vitamina D 4,75ng/ml, calciuria 24 hrs 399 mg, creatininuria 763. Se manejó con hidratación y furosemida, sin respuesta satisfactoria por lo que se administró pamidronato 60 mg. Evaluada por hematología se realizó mielograma, electroforesis de proteínas en sangre y orina descartando mieloma múltiple. Esto sumado a la ausencia de imágenes sugerentes de neoplasia en TC nos hace plantear como causa más probable la enfermedad granulomatosa por cuerpo extraño. Se toma muestra de tejido granulomatoso y sano para extracción de RNA y amplificación de los genes GAPDH (normalizador) y CYP27B1 (1 alfa hidroxilasa ectópica) por PCR en tiempo real. La amplificación para GAPDH fue equivalente para ambos tejidos (Ct21,73 y 21,47) mientras que la amplificación para CYP27B1 fue positiva solo en tejido granulomatoso (Ct 30,54) lo que confirma nuestra hipótesis diagnóstica.

Se indica manejo con prednisona 60 mg día, Denosumab 60 mg sc y ketoconazol 200 mg cada 8 hrs. Después de 3 meses de tratamiento sus exámenes son: calcio 9,5mg/dl, fosforo 2,1 mg/dl , albumina 3,8 g/dl, fosfatasas alcalinas 71 U/L, PTHi 95,7pg/ml.

Referencias

1.- A. L. Negri et al Hypercalcemia secondary to granulomatous disease caused by the injection of methacrylate: a case series, Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism 2014; 11(1): 44-4

2.- Peter J. Tebben, Ravinder J. Singh, and Rajiv Kumar Vitamin D mediated hypercalcemia: mechanisms, diagnosis and treatment, Endocrine review doi: 10.1210/er.2016-1070.

3.- Adams et al Ketoconazole Decreases the Serum 1,25Dihydroxyvitamin D and Calcium Concentration in Sarcoidosis-Associated Hypercalcemia JCE & M • 1990 Vol 70 • No 4.