

CASO 2

“HIPERCALCEMIA CON LESIONES OSTEOLÍTICAS”

Presentan: Dr. Óscar Brito Donoso
Dr. Salvador Madrid Oros
Medicina Interna - Hospital Clínico San Borja Arriarán
GRUPO ENDOCRINOLOGÍA CENTRO SUR

Paciente femenina con antecedentes de hipertensión arterial; 54 años de edad. Cursa con cuadro de un año de baja de peso de 30kg, sudoración nocturna, compromiso estado general anorexia, náuseas, vómitos y múltiples consultas en urgencia por dolor lumbar y en muslo derecho con EVA 10/10. Consultó en servicio de urgencia en marzo de 2022, destacando falla renal con creatinina (SCr) de 1.28 (VfGe 46) y anemia severa (Hemoglobina (Hb) 5.8g/dL). En este contexto se procede a transfundir con 1 unidad de glóbulos rojos. Se amplía estudio con tomografía computada de tórax abdomen y pelvis (TC TAP): mostró múltiples lesiones líticas, lesión con compromiso de partes blandas en hueso ilíaco izquierdo, nefrolitiasis izquierda y una adenopatía mediastínica. Ante sospecha de mieloma múltiple se deriva a Hematología, siendo evaluada 08/04 con empeoramiento de síntomas y exámenes de 06/04 con Hb 8.2g/dL, SCr 1.6mg/dL, Ca 15.6mg/dL, inmunofijación y electroforesis de proteínas en sangre sin peak monoclonal. Se hospitaliza para estudio y manejo. Al ingreso destaca hipercalcemia, falla renal, fosfatasas alcalinas elevadas, acidosis hiperclorémica con anión gap conservado, anemia severa arregenerativa sin ferropenia ni hemólisis. Para completar el estudio se midió Vitamina D 11.1 y PTH 2260. Se realizó nuevo TC CTAP con contraste (05/05): Lesiones líticas de esqueleto axial y apendicular. Compromiso de partes blandas en hueso ilíaco izquierdo. Nefrolitiasis bilateral, adenopatía pre vascular. Evolucionó con fractura en hueso patológico en húmero izquierdo y posterior fractura bilateral de fémur. Mielograma descartó infiltración por células plasmáticas y Biopsia de lesión en hueso ilíaco por sospecha de plasmocitoma, informa Tumor pardo. Por sospecha de hiperparatiroidismo primario (posible Carcinoma) se realizó ecografía cervical y Sestamibi Tc99m sin hallazgos significativos. La hipercalcemia fue refractaria a volemicización y bifosfonato, requiriendo tratamiento con cinacalcet y denosumab, cursando hipocalcemia que requirió reposición de vitamina D. Por esto, y dada la posibilidad de algún tumor secretor ectópico, se realizó PET CT que mostró nódulo hipermetabólico en opérculo torácico anterior. El 22/06 se realiza exploración quirúrgica resecando tumor pretraqueal derecho. Biopsia intrapabellón concluyó Adenoma paratiroideo con atipias. Tras esto evoluciona con rápida corrección de PTH (7.6 a las 48 hrs), calcemia y acidosis metabólica.

Referencias:

- 1.- Barberan M, Campusano C. Puesta al día: carcinoma paratiroideo. Rev Med Chile 2021; 149: 399-408
- 2.- Paillahuque G. Análisis de falsos negativos en la cintigrafía SPECT de paratiroides con sestamibi en pacientes con hiperparatiroidismo primario sometidos a cirugía entre 2008-2015 en hospital universitario. Rev Med Chile 2017; 145: 1021-1027
- 3.- Bhadada S. Anaemia and marrow fibrosis in patients with primary hyperparathyroidism before and after curative parathyroidectomy. Clinical Endocrinology (2009) 70, 527– 53