

CASO 2

“HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO SEVERO DE DIFÍCIL MANEJO EN EL EMBARAZO”

Presenta: Dra. Bárbara Zuñiga V.
Becada Endocrinología Adultos
Hospital Clínico Universidad de Chile

Discusión: Dr. Javier Saldaña C.
Becado Endocrinología Adulto
Hospital Clínico Universidad de Chile

Tutora: Dra. Alejandra Lanas M.
Endocrinóloga, HCUCH
GRUPO ENDOCRINOLOGÍA HCUCH

Primigesta, 39 años, con antecedentes de nefrolitiasis y depresión. Sin antecedentes familiares. Consulta con embarazo de 6 semanas por vómitos frecuentes y baja de peso de 7 kilos. Ingres a servicio de urgencias encontrándose deshidratada, con Ca⁺ corregido 14,7 mg/dl, P 1.5 mg/dl, PTH 160 pg/ml, vitamina D 10.5 mg/ml, creatinina 0.6 mg/dl, calciuria 524 mg/24 hrs, Mg 1,41 mg/dl, TSH 1,24 uUI/L, T4I 1,19 ng/dl. ECG normal.

Se hospitaliza y se inicia hidratación intensiva con solución fisiológica. Ecografía cervical (en 3 oportunidades) y RM cervical no evidencian lesión paratiroidea. Persiste con hipercalcemia severa agregándose furosemida. Mantiene Ca⁺ sobre 13 mg/dl por lo que se discute caso en equipo multidisciplinario y se inicia cinacalcet, logrando buen control de calcemia con dosis de 60 mg/día.

A las 17 semanas se realiza exploración quirúrgica cervical y de mediastino, con resección de timo, sin evidenciar lesión paratiroidea ni disminución de PTH intraoperatoria (PTH inicial=92 y posterior=73 mg/dl). Se reinicia cinacalcet, requiriendo dosis de 90 mg/día.

Durante el embarazo mantiene control por equipo de Medicina Materno-Fetal, con monitorización fetal y ecografías obstétricas en rango normal. En ecografía de 33+6 semanas se observa RCIU (p85 inicial y baja a p14) asociado a alteraciones en doppler umbilical. Se indica hospitalización de urgencia y se inicia maduración pulmonar. El día siguiente presenta desaceleración prolongada hasta 80 latidos por minuto, por lo que se interrumpe el embarazo, por cesárea de urgencia, con RN femenina, APGAR 9/9. En el post natal inmediato la RN cursa con hipocalcemia asintomática: Ca⁺ 6.6 mg/dl, P 3.3 mg/dl, PTH 26.5 pg/ml, vitamina D 6.5 mg/ml y se inicia calcio oral y calcitriol y vitamina D.

Es dada de alta con Ca⁺ 8.9 mg/dl y P 6.1 mg/dl.

La madre mantiene cinacalcet por lo que se suspende la lactancia. Se le solicita cintigrama de paratiroides, pendiente resultado. La RN queda en control con endocrinóloga pediátrica, disminuyendo gradualmente la dosis hasta suspender el tratamiento a las 3 semanas de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clinical Presentation, Management, and Outcomes of Primary Hyperparathyroidism during Pregnancy. Ya Hu, Ming Cui, Zhengyi Sun, Zhe Su, Xiang Gao, Quan Liao, Yupei Zhao. International Journal of Endocrinology Volume 2017, Article ID 3947423, 7 pages. <https://doi.org/10.1155/2017/3947423>
2. Hypercalcemia in Pregnancy. Karel Dandurand, Dalal S. Ali, Aliya A. Khan. Endocrinol Metab Clin N Am 50 (2021) 753–768 <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2021.07.009>

3. Different treatment strategies in primary hyperparathyroidism during pregnancy. A. Eremkina , E. Bibik, S. Mirnaya, J. Krupinova, A. Gorbacheva, Dobrova, N. Mokrysheva. *Endocrine* July 2022. <https://doi.org/10.1007/s12020-022-03127-3>
4. European expert consensus on practical management of specific aspects of parathyroid disorders in adults and in pregnancy: recommendations of the ESE Educational Program of Parathyroid Disorders (PARAT 2021) Jens Bollerslev, Lars Rejnmark, Alexandra Zahn, Ansgar Heck, et al. *Eur J Endocrinol* 2022 Jan 13;186(2):R33-R63. doi: 10.1530/EJE-21-1044.