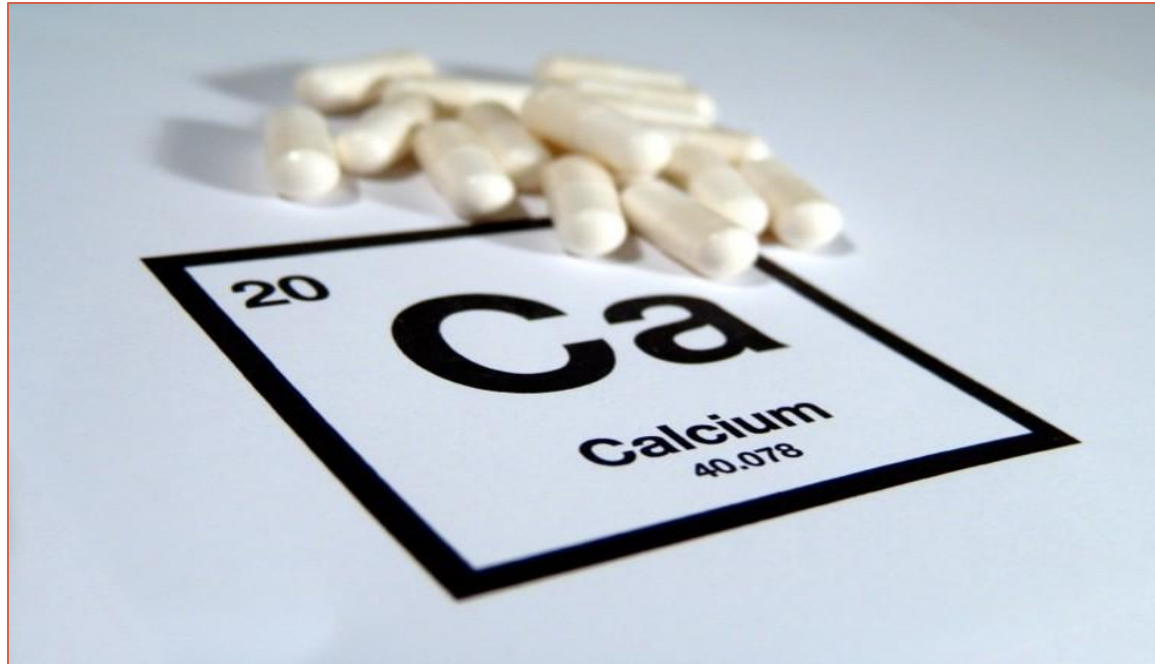


Actitud ante una hipercalcemia

¿Qué diagnósticos debemos plantearnos?



Nombre: M^a del Pilar Lloret Madrid (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Lorea Ruiz (Endocrinología Pediátrica)

Anamnesis

Niño de 11 años que acude a UPED por dolor abdominal y vómitos de 5 días de evolución

- **Antecedentes personales:** Intervenido de colesteatoma
- **Antecedentes familiares:** Padres primos lejanos. Urolitiasis y litiasis biliar. Primo segundo materno intervenido de adenoma paratiroideo
- **AS:** Leucocitos 4.000/mm³, plaquetas 141.000/mm³, hipocloremia 93 mmol/L, **calcio 12 mg/dl**

Etiología hipercalcemia

PTH dependientes	PTH independientes
Hiperparatiroidismo primario	Hipercalcemia tumoral <ul style="list-style-type: none">- PTHrP: epidermoides- Osteolisis: linfoma Burkitt y metas- Secreción vitamina D: linfomas
Hiperparatiroidismo terciario	Exceso de vitamina D <ul style="list-style-type: none">- Intoxicación- Enfermedades granulomatosas
Hipercalcemia hipocalciúrica familiar	Fármacos: litio, tiazidas, vitamina A, teofilina
	Endrocrinopatías: hipertiroidismo, feocromocitoma e insuficiencia suprarrenal Otros: Inmovilización y NP.

Algoritmo diagnóstico

Hipercalcemia (Ca medido >10,5 mg/dl)

Calcio corregido

Normocalcemia

Deshidratación
Adm. de Albúmina
Trombocitosis
Acidosis

Ca ↑

PTH

No ↑

25 (OH) vit D

PTHrP

Calciuria/24h

↓ o N

↑

↑

↓ o N

Síndrome Williams
Endocrinopatías
Hipercalcemia tumoral
Fármacos: vitamina A
Inmovilización prolongada

Intoxicación vitamina D
Enfs granulomatosas
Hipercalcemia tumoral

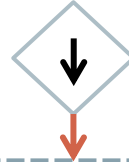
Hipercalcemia hipocalciúrica familiar

Hiperparatiroidismo primario o terciario

Fosfato inorgánico



Hiperparatiroidismo terciario por IRC



HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

Formas familiares

MEN I y IIA

Hiperparatiroidismo asociado a tumor mandibular
Hiperparatiroidismo familiar aislado

Esporádico

Adenoma (80%)

- Único (65%)
- Múltiples

Hiperplasia (15%)
Carcinoma (<1%)



Pruebas complementarias

- **AS:** calcio 12 mg/dl (calcio corregido **12,3 mg/dl**), proteínas total 7,3 g/dL, fosfato inorgánico **2,9 mg/dl**, PTH **61,1 pg/mL**
- **Orina/24h:** no valorable por mala recogida
- **Ecografía cervical:** destaca lesión nodular heterogénea de 10x6x8 mm en zona paratiroidea izquierda
- **Gammagrafía con Tc99-Sestamibi:** no se observan focos de hipercaptación
- **Ecoendoscopia:** Nódulo 9 mm en lóbulo tiroideo izquierdo
- **Estudio genético MEN:** pendiente de resultado

Tratamiento

- Fluidoterapia + Furosemida iv
- Metilprednisolona iv
- Bifosfonatos (Pamidronato iv)
- Actualmente niveles de calcio dentro de la normalidad

Bibliografía

1. Guerrero-Fernández J, Cartón-Sánchez A, Barreda-Bonis A, Menéndez-Suso J, Ruiz-Dominguez J. Hipercalcemia e hiperparatiroidismo. Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. 6ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.; 2017. p. 911-19
2. Bermúdez de la Vega JA, Borrajo-Guardarrama E. Trastornos del metabolismo del calcio. En: Rivas-Crespo F (ed). Guías diagnóstico-terapéuticas en Endocrinología Pediátrica. 1ª ed. Sociedad Española de Endocrinología Pediátrica; 2010. p. 3-23
3. Yeste D, Carrascosa A. Patología del metabolismo del calcio. Protoc diagn ter pediatr. 2011; 1: 177-92
4. Lietman A, Emily L, Michael A, Levine MD. Hypercalcemia in children and adolescents. Curr Opin Pediatr. 2010; 22: 508-15