

CASO CLÍNICO

Dra. Liñán: Médico especialista en M. Interna.

Dra. Calvo: MIR RI M. Interna.

Complejo Asistencial Universitario de León.



ANAMNESIS

- ANTECEDENTES PERSONALES:

- Mujer, 54 años.
- NAMC.
- Fumadora 5 cig/días desde hace 20 años.
No otros hábitos tóxicos.
- Sd depresivo.
- No IQx.
- 2 partos eutócicos.

- ENFERMEDAD ACTUAL:

- Sd general de 1 mes de evolución: astenia y anorexia.
- Dolor lumbar progresivo irradiado en cinturón.
- Metrorragia tras bache amenorreico de 3 meses.
- Última citología hace 1 año: normal.

EXPLORACIÓN FÍSICA

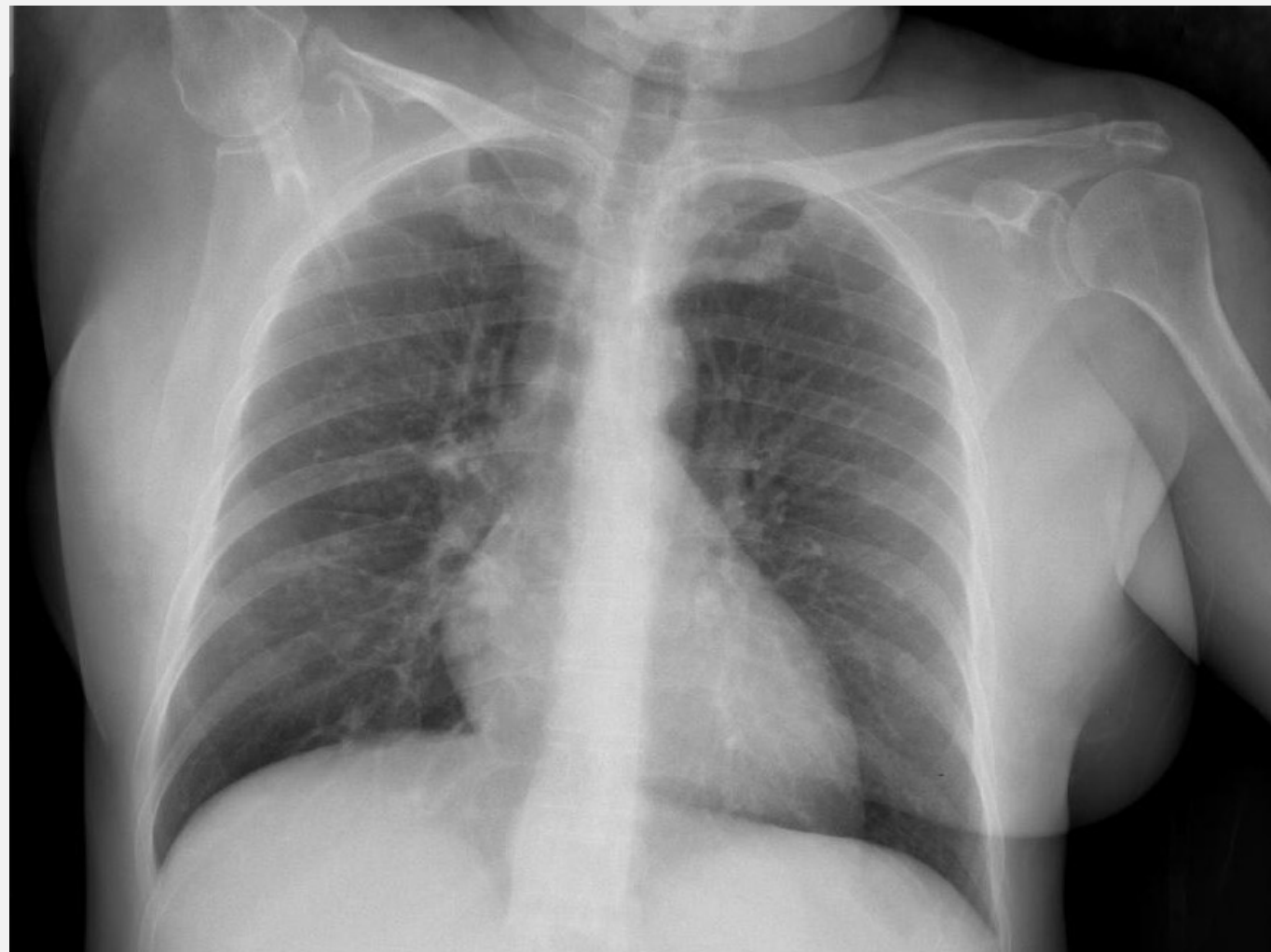
- ECOGI. BEG. NH y NP. Eupneica. Palidez cutáneo-mucosa. No adenopatías.
- ACP: Rítmico a 80lpm, sin soplos. MVC, sin ruidos sobreañadidos.
- Abd: RHAE+. Depresible, no doloroso, no masas ni megalias.
- PPR bilateral negativa.
- EEII: no edema, ni signos de TVP. Pulsos distales presentes.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- A/S al ingreso:
 - BQ: Glu 89, Urea 84, **Cr 1.9 (FG 29)**, Na 139, K 4.4, **Ca 14.3**, PT 6.9, GOT 31, GPT 11, **FA 126**, GGT 35, **LDH 524**, BT 0.13, **PCR 55.3**.
 - HG: Leucos 12.200 (88% N), Hb 10,3, VCM 84.5, Pla_q 327.000.
 - Coagulación: TP 82%, INR 1.1.
 - GAB pH 7.41, pO₂ 70, pCO₂ 30, HCO₃⁻ 21.
 - H. tiroideas normales.
 - SyS/O normal.
- ECG: RS a 100lpm, no alteraciones de la repolarización, ni bloqueos.



- Rx tórax.



HIPERCALCEMIA

Se diagnostica con la existencia de **Ca > 10.5** en dos determinaciones o en una sola cuando se acompaña de clínica compatible evidente.

Mecanismos de producción:

1. Exceso de resorción ósea sobre la formación de hueso.
2. Aumento de la absorción intestinal de calcio.
3. Alteración renal con disminución de la excreción de calcio.
4. Incremento de la resorción de calcio en el túbulo renal.

CAUSAS HIPERCALCEMIA

- **RELACIONADAS CON PTH**

- Esporádicas: hiperplasia, adenoma, cá paratiroideo.
- Familiares: MEN 1, 2A o 4, sd de hiperPTH asociado a tumores mandibulares, HPT familiar aislado, hiperCa hipoCaO familiar.
- HPT 3º: hipoCa ERC hip→plasia paratiroides sobreproducción PTH autónoma.
- HPT 1º: Causa + frec en población general.

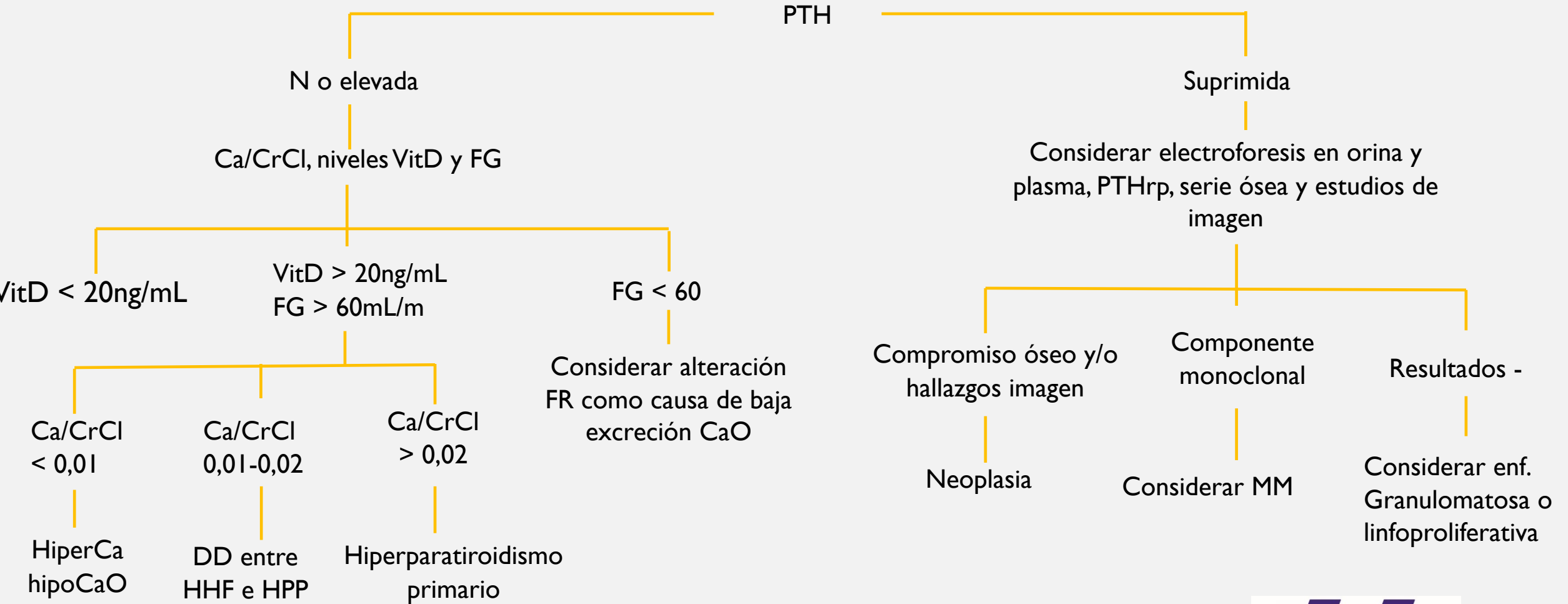
- **NEOPLASIAS**: Causa + frec en pacientes hospitalizados.

- HiperCa humoral mediada por PTHrp: Carcinoma epidermoide de pulmón, renal, ap. Urogenital...
- Osteolisis local por sobreproducción local de citocinas: MI óseas o MM.
- PTH ectópica.
- HiperCa relacionada con calcitriol: activación extrarrenal de la hidroxilasa por Mx y céls malignas: linfomas.

CAUSAS HIPERCALCEMIA

- **RELACIONADAS CON VIT D.**
 - Enf. Granulomatosas: sarcoidosis, TBC, histoplasmosis, coccidiomicosis, Ell.
 - Intox. Vit D: suplementos, metabolitos o análogos.
- **ENF. ENDOCRINAS**: Tirotoxicosis. Insuficiencia adrenal. Feocromocitoma. Vipoma.
- **FÁRMACOS**: Tiazidas, Litio, sd de leche y alcalinos (hipercalcemia + alcalosis + IR), ac. Retinoico, Vit A, teriparatida, estrógenos y antiestrógenos...
- **OTROS**: Inmovilización, IRA, IRC, tpte renal.

ALGORITMO HIPERCALCEMIA



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL METRORRAGIA

- **PÓLIPOS CERVICOUTERINOS:**

- Casi siempre después de la menarquia y en ocasiones en postmenopáusicas.
- Cuadro clínico: secreción y hemorragia vaginal anormal.
- Visibles a la exploración con espejo en el orificio cervicouterino.

- **HIPERPLASIA ENDOMETRIAL.**

- **LESIÓN ABERTURA VAGINAL:** Por traumatismo, infección, relaciones sexuales, úlceras, pólipos y verrugas genitales.

- **HIPOTIROIDISMO:** Por cambios y alteraciones hormonales, pudiendo provocar metrorragia.

- **ITS:** Gonorrea o clamidia pueden provocar lesiones que ocasionan hemorragias.

- **LEIOMIOMAS UTERINOS:**

- En no embarazadas suelen ser asintomáticos.
- Síntomas + frec: hemorragia uterina anormal y sensación de presión pélvica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL METRORRAGIA

- **CÁNCER ENDOMETRIO:**

- Principalmente en mujeres postmenopáusicas.
- FdR: obesidad, nuliparidad, DM, ciclos menstruales alterados, infertilidad, menopausia tardía, tratamiento con tamoxifeno, estrógenos sin progestágenos, hemorragia postmenopáusica.
- Incidencia máxima en 6ª y 7ª décadas.
- Cuadro clínico: secreción vaginal anormal (90%), hemorragia vaginal anormal (80%) y leucorrea (10%).
- 75-80% adenocarcinoma, mucinoso, seroso, papilar, células claras...
- El pronóstico depende del estadio, grado histológico y grado de invasión.
- **Estadificación postquirúrgica!** Histerectomía abdominal total y salpingooforectomía bilateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL METRORRAGIA

- **CÁNCER CERVICO-UTERINO:**

- Cribado: citología + frotis de Papanicolau.
- Alta prevalencia en países en vías de desarrollo y nivel socioeconómico bajo, mujeres con actividad sexual temprana y/o múltiples parejas y en fumadoras.
- Asociado al VPH st tipos 16 y 18. Disponible vacuna.
- Cuadro clínico: Hemorragia anormal, manchado postcoital, menometrorragia o hemorragia intermenstrual. Secreción vaginal, dolor lumbar y síntomas uterinos. La disfunción vesical y rectal o fístulas y dolor son síntomas tardíos.
- Estadificación clínica tras **examen pélvico bajo anestesia** con cistoscopia y proctoscopia. Descartar M1 mediante rx tórax, pielograma iv y TC abdominal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL METRORRAGIA

- **CÁNCER DE OVARIO:**

- Máxima incidencia en 8ª década.
- FdR: nuliparidad. Disminuyen el riesgo los embarazos y el uso de ACO. 5% Familiar.
- Cuadro clínico: Dolor y distensión abdominal, síntomas urinarios y aumento de peso, indicativos de diseminación fuera de la pelvis menor.
- El cá ovárico localizado es casi siempre asintomático. Se descubre mediante examen pélvico rutinario como una tumoración palpable no dolorosa en el anexo.
- Ca 125 > 35 U/mL en el 80% de casos.
- Grado histológico factor pronóstico + importante.
- Dgco de extensión mediante **cirugía con revisión visual y manual** de todas las superficies peritoneales y diafragma. Se debe realizar histerectomía abdominal total, salpingooforectomía bilateral, epiplectomía parcial, muestreo de ggl paraaórticos y lavado peritoneal.

RESUMIENDO

Hipercalcemia.

Síndrome general.

Metrorragia.

Anemia.

Deterioro función renal.

Dolor lumbar.

HIPÓTESIS DIAGNÓSTICA

- Tumor ginecológico, (endometrial vs cervical), que se manifiesta con síndrome general y hemorragia, dando lugar a anemia.
- MI óseas que condicionan dolor lumbar e hipercalcemia.
- Obstrucción bilateral ureteral por parte del tumor vs litiasis bilateral que condiciona insuficiencia renal retrógrada.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- A/S con PTH, PO4, perfil hormonal y HG con perfil férrico.
- Electroforesis plasma y orina.
- Ecografía TV \pm Biopsia endometrial \pm Histeroscopia según hallazgos.
- TC abdominal.
- Gammagrafía ósea.

MANEJO AGUDO

- Monitorización TA, FC y ECG.
- Ferroterapia según necesidad.
- Taponamiento de la metrorragia.
- Fluidoterapia con SSF (2500-400cc/día) + Diuréticos de asa (furosemida) + Bifosfonato \pm Calcitonina \pm Corticoides.
- Analgesia que precise.

GRACIAS

