



HIPERCALCIURIA ASINTOMÁTICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO: QUÉ HAY DETRÁS

Ventura Espejo, Laura¹; Gelabert Fernández, Catalina¹; Aguilar Gómez, Víctor²; Moratalla Jareño, Estefanía¹; Tapia Torrijos, Iratxe²; Lumbreras Fernández, Javier²; Espinosa de los Monteros Aliaga, Natalia²; Rodrigo Jiménez, María Dolores². Servicio de Pediatría. Unidad de Endocrinología pediátrica¹. Unidad de Nefrología pediátrica². Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La **hipercalciuria** se define como una excreción urinaria de calcio >4 mg/kg/día o un cociente urinario calcio/creatinina (UCa:UCr)>0,20 mg/mg en una orina aislada en mayores de 2 años.

Puede deberse a **diferentes mecanismos fisiopatológicos**, como un **aumento de su absorción intestinal**, un **defecto en su reabsorción tubular** y/o un **aumento de la resorción ósea**. Estos mecanismos son resultado de diversas etiologías como una mayor síntesis de calcitriol o de sensibilidad en los receptores de vitamina D, deshidratación, inmovilización o tratamientos con glucocorticoides o diuréticos del asa, aunque habitualmente es idiopática.

Puede acompañarse de **hipercalcemia**, un hallazgo infrecuente en pediatría. En este caso, la principal causa es el **hiperparatiroidismo primario**, una hipersecreción de paratohormona (PTH), que provoca un aumento de resorción ósea y un incremento de absorción intestinal y renal de calcio. La incidencia estimada en población infantil es de 2-5 casos/100.000.

RESUMEN DEL CASO

Varón de 7 años seguido por **Nefrología Pediátrica** por **estenosis pieloureteral unilateral** y **leve hipercalciuria** con estudio de metabolismo fosfocálcico inicial normal.

En el **postoperatorio** de la **pieloplastia** se evidencian **coágulos calcificados en pelvis renal**, por lo que se inicia tratamiento con **citrato e hidroclorotiazida**.

En **control rutinario**, un año después, se detecta aumento significativo de la **hipercalciuria** (máximo UCa:UCr 0,77 mg/mg), por lo que se decide revalorar el metabolismo fosfocálcico.

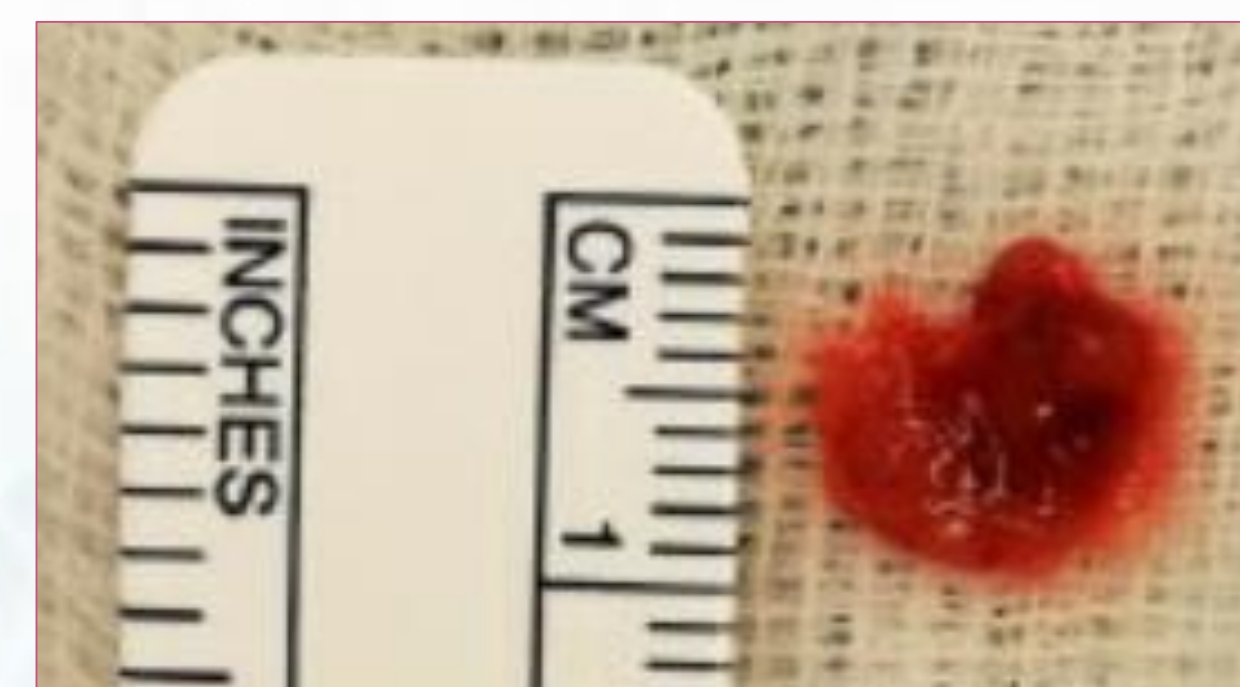
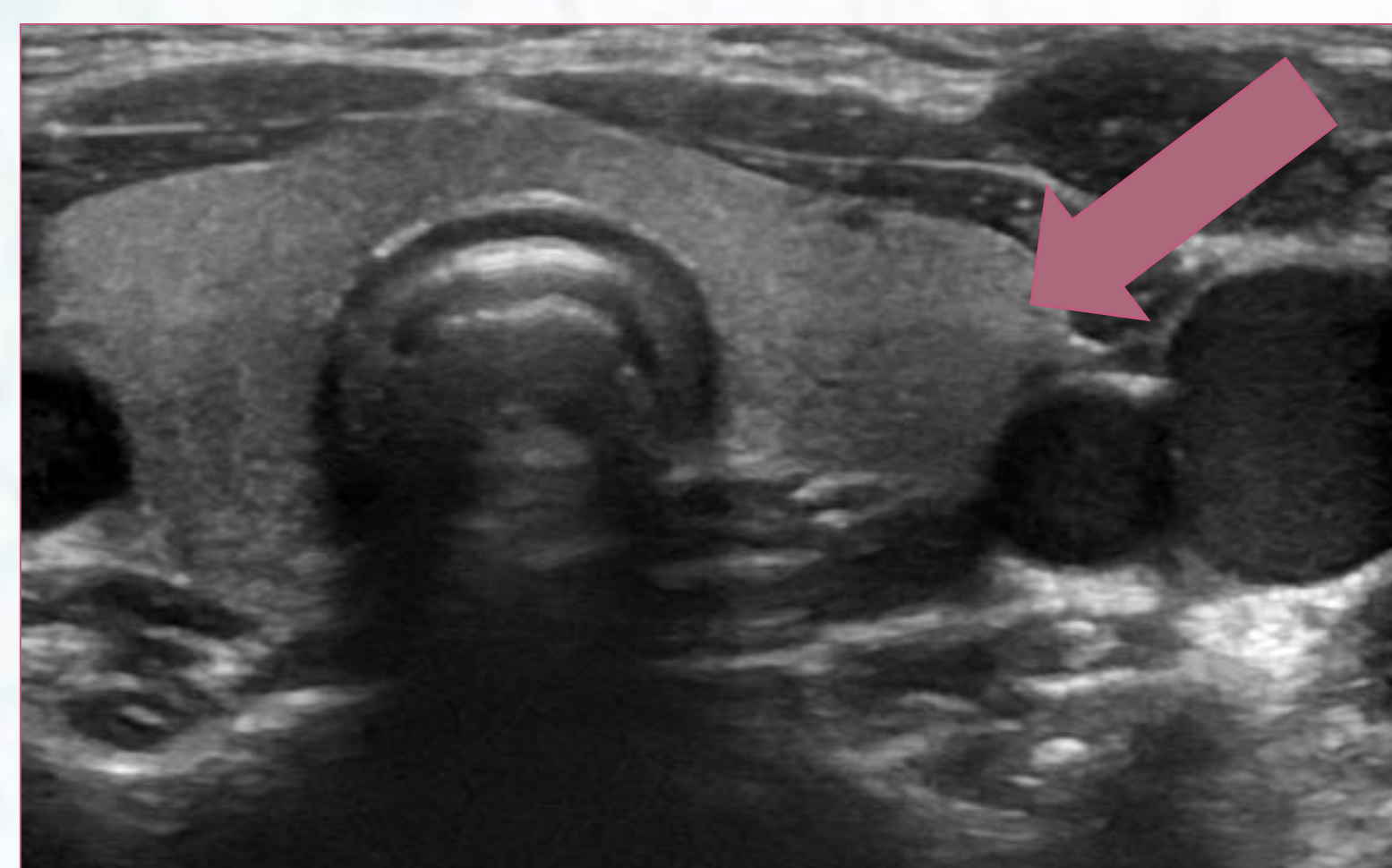
Destaca **hipercalcemia** de 12,3mg/dL (9,2-10,5), asintomática, inicialmente atribuida a la **hidroclorotiazida** por lo que se suspende, sin evidenciarse mejoría.

Se asocia **elevación progresiva** de **PTH** hasta 128 pg/ml (15-65), junto con **hipofosfatemia** de 3,1 mg/dL (4,1-6mg/dL) con **RTP disminuido**, y **aumento** de **calcitriol** a 125pg/mL (19,9-79,3), con calcidiol y fosfatasa alcalina normales.

SOSPECHA
HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

- Se amplía estudio con PTHrp, radiografía de tórax, serie ósea, electrocardiograma y marcadores tumorales que son normales, y densitometría con Z score -1.9.
- Se realiza **ecografía tiroidea** observando **nódulo retrotiroideo** de 8mm sin captación en gammagrafía ni SPECT-TAC pero, ante elevada sospecha de adenoma, se realiza **paratiroidectomía**, confirmándose diagnóstico en estudio anatomopatológico.
 - Se objetiva disminución inmediata de PTH tras exéresis con normalización de la calcemia y calciuria.

Imagen ecográfica de nódulo retrotiroideo izquierdo de 8 mm de longitud.



Pieza intraoperatoria

CONCLUSIONES

- La **hipercalciuria** en pediatría es, frecuentemente, de **carácter idiopático**.
- No obstante, es preciso hacer un **estudio** exhaustivo del **metabolismo fosfocálcico** para detectar anomalías que pudieran orientar el diagnóstico y revalorar cuando se aprecie una evolución inesperada.
- El **hiperparatiroidismo** es una **causa infrecuente** y de **difícil diagnóstico** precoz, presentando un 85% de los pacientes sintomatología, entre otras causas, debido al retraso diagnóstico.