

CC031

HIPERCALCEMIA HUMORAL MALIGNA REFRACTARIA EN UNA PACIENTE JOVEN CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMA DE CÉRVIX

GARABITO, Mariano Ernesto; CHACÓN, María José; LEDESMA, Verónica; CUY CRUZ, Robert; GUZMÁN GUARACA, Mónica; GIACCOIA, Evangelina
Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Servicio de Endocrinología y Metabolismo

Introducción: La hipercalcemia se presenta en el 20 a 30% de los cánceres, evidenciando el estadio avanzado y el pronóstico ominoso de la enfermedad. Se asocia a una mortalidad del 50% al cabo del mes de diagnosticada y cercana al 100% a los tres meses. Aproximadamente el 80% son producidas por PTHrp, dentro de su etiología se describen carcinomas escamosos, renales, de vejiga y ovario. Caso clínico: Paciente femenina de 46 años. Antecedentes patológicos: vitiligo, conización por lesión intraepitelial escamosa de alto grado en 2002 con abandono del seguimiento. G2P2.

Antecedentes heredofamiliares: madre y hermana con cáncer de cuello uterino.

Se interna en noviembre 2015 por hipercalcemia maligna, secundaria a cáncer de cuello uterino escamoso invasivo no queratinizante, a la espera de tratamiento quimioterápico. Al examen físico, TA 110/70, IMC 29.0, lúcida, adenopatía supraclavicular izquierda, masa en fosa iliaca izquierda, vagina acartonada. Laboratorio de ingreso: Urea 0.25 gr/l, Cr 1.6 mg/dl, Ca 18.1 mg/dl, Cai 2.42 mmol/l, P 2.0 mg/dl, Mg 2.0 mg/dl, Alb 4.3 gr/dl, FAL 95 UI/l. TC: múltiples conglomerados ganglionares látero-aórticos, intercavo-aórticos y adyacentes a ambos hilos renales, a predominio izquierdo, con imagen dominante de 48 mm en iliaca primitiva izquierda. Recibe pamidronato endovenoso 90 mg el 5/11/15 y es dada de alta el 10/11/15 con Ca 9.8 mg/dl, Ur 0.22 gr/l, Cr 1.0 mg/dl. Laboratorio control del 25/11/15: Ca 13.0 mg/dl, por lo que se indica nuevamente 90mg de pamidronato. Se re-interna el 3/12/15 con Ca 14.0 mg/dl, P 1.1 mg/dl, se interconsulta con nuestro servicio, se solicita metabolismo fosfocálcico y se indica calcitonina subcutánea por 7 días. Laboratorio 10/12/15: Ca 13.6 mg/dl, P 3.2 mg/dl. El 11/12/15 recibe 60 mg de denosumab, con laboratorio control 13/12/15 Ca 11.2 mg/dl, P 2.4 mg/dl. Es dada de alta. Laboratorio 16/12/15: Ca 12.2 mg/dl, P 2.1 mg/dl, Mg 2.2 mg/dl, Alb 4.4 gr/dl, PTH 2.0 pg/ml, crossLaps 3353 pg/ml, Vitamina D 8.0 ng/ml, FAL ósea 17.6 U/l. Se sustituye con vitamina D.

El 18/12/15 recibe zoledronato 5mg endovenoso, laboratorio control 21/12/15 Ca 11.5 mg/dl, P 1.8 mg/dl. Acude a la consulta el 7/1/16 con Ca 13.3 mg/dl, P 1.5 mg/dl. Se recibe uretrografía y colonoscopia: sin lesiones, Centellograma óseo: sin particularidades. RNM lumbosacra: sin imágenes líticas ósea. Se aplica el 27/1/16 y 19/2/16 denosumab 120 mg SC. Laboratorio 22/2/16: Ca 14.1 mg/dl, P 1.2 mg/dl, Ur 0.19 gr/l, Cr 0.8 mg/dl Ante el fracaso de las drogas de primera línea en nuestra paciente, se plantea la posibilidad de otras opciones terapéuticas no tradicionales. Se interconsulta al servicio de nefrología para evaluar diálisis.

Intercurre con fallo renal obstructivo, motivo por el cual se interna en otro centro, evoluciona con paraparesia y se produce el óbito en el mes de abril.

Conclusión: El objetivo terapéutico en estos pacientes es el descenso del calcio sérico para mejorar la signo-sintomatología y la calidad de vida, sumado al tratamiento de la enfermedad de base. El manejo inicial incluye la reposición de fluidos, calcitonina y drogas antirresortivas. Los bisfosfonatos endovenosos en alta dosis son seguros y eficaces para lograr y sostener la normocalcemia. En casos refractarios, el denosumab es una alternativa eficaz en aproximadamente el 70% de los mismos. En el caso de nuestra paciente cabe destacar que se trató de una mujer joven, en buen estado general inicial, con una hipercalcemia maligna en la que se utilizaron las alternativas terapéuticas clásicas, las cuales no fueron óptimas para lograr la normocalcemia, a pesar de lo cual tuvo una sobrevida mayor a la esperada en el contexto de la gravedad de su enfermedad.