

Pancreatitis aguda por hiperparatiroidismo debido a deficiencia de vitamina D3 (causa no descrita)

Mariana Monroy-Saint-Martin,¹ Paola Roldán-Sarmiento,³ Héctor Murrieta-González,² Moisés Mercado,³ José Halabe-Cherem¹

RESUMEN

Paciente femenina de 53 años de edad, sin antecedentes de importancia, con dolor epigástrico, náusea y fiebre. Debido al cuadro clínico y a los exámenes de laboratorio se diagnosticó pancreatitis aguda. Se buscó la causa de la pancreatitis y se descartaron las causas más comunes. El calcio sérico permaneció en los límites normales, lo que es anormal en un cuadro como éste, por lo que se midieron las concentraciones séricas de vitamina D3, que se encontraron en límites bajos. También se midieron las concentraciones de PTH, que se encontraron en 277 pg/mL (normal: 17-73 pg/mL). Se dio tratamiento con vitamina D3 durante dos meses, pero la paciente decidió suspender el tratamiento y poco tiempo después tuvo un nuevo cuadro de pancreatitis. Se buscaron las causas comunes de la pancreatitis aguda, pero no se encontró ninguna. Debido a que la paciente tuvo concentraciones normales de calcio durante el proceso agudo, se midieron intencionadamente las concentraciones de calcitriol y de paratohormona, con lo que se realizó el diagnóstico de hiperparatiroidismo secundario a deficiencia de calcitriol. Al iniciar el tratamiento sustitutivo con vitamina D3 el cuadro de pancreatitis cedió. Actualmente la paciente toma calcitriol todos los días, sin haber padecido nuevos cuadros de pancreatitis. Proponemos buscar, ante un cuadro de pancreatitis aguda, hiperparatiroidismo secundario a deficiencia de vitamina D3, pues el tratamiento sustitutivo puede revertir los cuadros repetitivos de pancreatitis.

Palabras clave: hiperparatiroidismo secundario, vitamina D3 (calcitriol), pancreatitis aguda.

ABSTRACT

A 53-year-old woman with no medical history of importance with epigastric pain, nausea and fever. Clinical and laboratory examinations diagnosed acute pancreatitis. We sought the cause of acute pancreatitis, discarding the most common causes. Serum calcium remained always within normal limits, which is abnormal in a this diagnosis, and serum levels of vitamin D3 reportedly at low limits. Because of this PTH levels were obtained, which were reported at 277 pg/mL (normal: 17-73 pg/mL). Patient was treated with vitamin D3 for a couple of months and the patient decided to stop treatment and soon after she presented symptoms of acute pancreatitis once again. Currently the patient takes daily calcitriol, without presenting new crisis of acute pancreatitis. Common causes of acute pancreatitis were sought without finding any. Because normal levels of calcium were present during acute phase of pancreatitis, calcitriol and parathyroid hormone levels were obtained, making the diagnosis of secondary hyperparathyroidism due to calcitriol deficiency. When initiating exogen replacement with vitamin D3 pancreatitis disappeared. Currently the patient takes calcitriol daily without presenting new crisis of acute pancreatitis. We propose to search, among the causes of acute pancreatitis, secondary hyperparathyroidism due to vitamin D3 deficiency, because replacement therapy can reverse the repetitive crisis of acute pancreatitis.

Key words: secondary hyperparathyroidism, vitamin D3 (calcitriol), acute pancreatitis.

¹ Departamento de Medicina Interna.

² Departamento de Radiología e Imagen Molecular. Centro Médico ABC, México, DF.

³ Departamento de Endocrinología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Correspondencia: jhalabe@hotmail.com

Recibido: 4 de abril 2013.

Aceptado: mayo 2013.

Este artículo debe citarse como: Monroy-Saint-Martin M, Roldán-Sarmiento P, Murrieta-González H, Mercado M, Halabe-Cherem J. Pancreatitis aguda por hiperparatiroidismo debido a deficiencia de vitamina D3 (causa no descrita). Med Int Mex 2013;29:442-444.

Paciente femenina de 53 años de edad que acudió al hospital por dolor intenso en el epigastrio, con irradiación en hemicinturón, hacia el lado izquierdo, náusea y aumento de la temperatura (38°C). No tenía vómito ni evacuaciones diarreas. Era una mujer sana, no ingería bebidas alcohólicas, no tenía hipertrigliceridemia, tampoco tomaba medicamentos de manera rutinaria. Se sospechó la posibilidad de pancreatitis aguda, por lo que se solicitaron enzimas pancreáticas, la amilasa sérica se encontró en 2,260 U/L (normal: 18-98 U/L) y la lipasa en 1,340 U/dL (normal: 6-24 U/dL), con lo que se estableció el diagnóstico de pancreatitis aguda. En las primeras horas del ingreso la paciente cursó con leucocitosis de 21,500 con 90% de segmentados, glucosa de 88 mg/dL, calcio sérico de 9.7 mg/dL, fósforo de 2.8 mg/dL. La alanina aminotransferasa (AST) se encontró en 11 UI/L, la aspartato aminotransferasa (ALT) en 15 UI/L y la deshidrogenasa láctica en 141 UI/L, todas en límites normales.

La TC de abdomen evidenció el incremento en la densidad de la grasa alrededor de la cabeza del páncreas, en relación con el proceso inflamatorio. El parénquima pancreático mostró densidad homogénea (Figura 1). En el corte inferior a la imagen anterior, se evidenció líquido en el espacio pararenal anterior secundario al proceso inflamatorio (Figura 2). También tenía derrame pleural bilateral con colapso parcial pasivo de los lóbulos inferiores de ambos pulmones (Figura 3).

Se trató con líquidos intravenosos, control del dolor y nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, con lo que la paciente evolucionó de manera favorable y egresó a su domicilio.

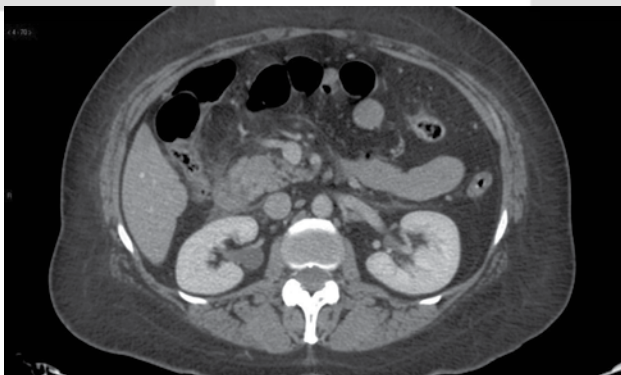


Figura 1. TAC abdominal con incremento de la densidad de la grasa alrededor de la cabeza del páncreas.



Figura 2. TC de abdomen con líquido en el espacio pararenal.

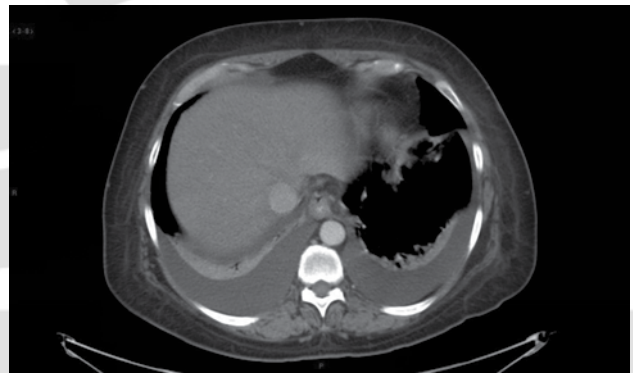


Figura 3. TAC de abdomen en cortes superiores con derrame pleural bilateral.

Se buscó intencionadamente la causa de la pancreatitis, se descartaron las causas más comunes: enfermedad biliar que incluye a la microlitiasis y la ingestión de alcohol.

También se descartó hipertrigliceridemia, no había recibido ningún traumatismo abdominal, no tomaba fármacos, ni se le había realizado ningún procedimiento abdominal. Se buscaron intencionadamente datos de vasculitis o procesos infecciosos, que también se descartaron. El calcio sérico de la paciente siempre persistió en límites normales, hecho que llamó la atención porque habitualmente éste disminuye en los procesos de pancreatitis aguda. Por tal motivo solicitamos la determinación de vitamina D3, que se encontró en 8 ng/mL (normal: 30-100 ng/mL), lo que condicionó que se midieran las concentraciones de PTH, que se encontraron en 277 pg/mL (normal: 17-73 pg/mL).

Después que mejoró el cuadro clínico y enzimático se inició el tratamiento sustitutivo con vitamina D3, con lo que se normalizaron los valores de la misma y de la PTH.

Dos meses después la paciente, por propia iniciativa, decidió suspender la toma de la vitamina D3, y nuevamente sufrió un cuadro sugerente de pancreatitis con elevación de amilasa y lipasa, que nuevamente se trató con nutrición enteral por sonda nasoyeyunal, seis días después de haber cedido el cuadro se inició otra vez tratamiento con calcitriol (vitamina D3), hasta el momento permanece asintomática.

DISCUSIÓN

Cuando el médico se enfrenta a un caso de pancreatitis aguda, es indispensable que, además de dar el tratamiento médico, como se dio en este caso, se busque su origen, porque muchos casos de pancreatitis crónicas podrían prevenirse tratando la causa.¹⁻³ El origen de la pancreatitis aguda es muy diverso y, aunque la mayor parte de los casos es secundaria a una enfermedad biliar y a la ingestión de alcohol, siempre deben tomarse en cuenta otras posibilidades (Cuadro 1).

En el caso que comunicamos se buscaron intencionadamente, en la clínica y con estudios paraclínicos, todas las causas descritas en la bibliografía, sin encontrar ninguna en esta paciente. En todas las series reportadas de la causa de la pancreatitis existe el rubro de pancreatitis idiopáticas. En este caso se solicitó la determinación de calcitriol y paratohormona porque llamó la atención que el calcio sérico haya permanecido en límites normales durante el proceso agudo de la enfermedad.^{4,5}

La recaída de la enfermedad al suspender el tratamiento con vitamina D3 y el hecho de que la paciente permaneció asintomática en la primera y segunda ocasión que se reinició, hace sospechar fuertemente que el origen de la pancreatitis sea un hiperparatiroidismo secundario a defi-

Cuadro 1. Causas de la pancreatitis aguda

Enfermedad biliar
Ingestión de alcohol
Hipertrigliceridemia
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
Traumatismo abdominal
Consumo de fármacos: azatioprina, 6-mercaptopurina, sulfonamidas, estrógenos, tetraciclinas, ácido valproico, antirretrovirales
Disfunción del esfínter de Oddi
Vasculitis
Púrpura trombocitopénica trombótica
Cáncer de páncreas
Hipercalcemia
Divertículo periampular
Páncreas divisum
Pancreatitis hereditaria
Fibrosis quística
Insuficiencia renal
Infecciones: <i>Coxsackie</i> , citomegalovirus, <i>Echovirus</i> , parásitos

ciencia de calcitriol, probablemente por la poca exposición al sol que tenía la paciente.

Este hallazgo obliga a los clínicos a considerar en el proceso etiológico de la pancreatitis al hiperparatiroidismo secundario a deficiencia de vitamina D3.

REFERENCIAS

1. Cappel MS. Acute pancreatitis: etiology, clinical presentation, diagnosis, and therapy. *Med Clin North Am* 2008;92:899.
2. Frossard JL, et al. Acute pancreatitis. *Lancet* 2008;371:143.
3. Siow E. Enteral versus parenteral nutrition for acute pancreatitis. *Crit Care Nurse* 2008;28:19-30.
4. Khoo TK, Vege SS, Abu-Lebdeh HS, et al. Acute pancreatitis in primary hyperparathyroidism: a population-based study. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:2115.
5. Mortelet K, Ip U, Wu B, Conwell D, et al. Acute pancreatitis: imaging utilization practices in an urban teaching hospital-analysis of trends with assessment of independent predictors in correlation with patient outcomes. *Radiology* 2011;258:174-181.