

UN CASO DI IPERCALCEMIA IN PAZIENTE CON IPOPARATIROIDISMO

**Elisabetta Balestra, Antonia Francesca Braione, Marcello Sciaraffia
SSD Endocrinologia, Stabilimento "SS. Annunziata", Taranto**

Antonia di 20 anni.

Anamnesi fisiologica

In passato ha fumato 20 sig/die e ha fatto uso saltuario di oppioidi.

Flussi mestruali regolari; una gravidanza portata a termine, ma esitata nella nascita di un feto con gravi problemi neurologici, causati, a suo dire, da complicanze legate al parto; la piccola è deceduta a 9 mesi di vita.

È allergica ad alimenti (pesche, albicocche).

Anamnesi patologica

All'età di 6 anni diagnosi di epilessia criptogenetica, tuttora in trattamento farmacologico.

All'età di 9 anni ricovero presso la nostra S.C. per tetania; dimessa con diagnosi di "ipoparatiroidismo idiopatico in soggetto con gastroenterite febbrile". All'ingresso: PTH 34 pg/ml, calcemia 4.4 mg/dl (10-11), fosforemia 11 mg/dl (< 7 per l'età), fosfaturia e calciuria bassi. Alla dimissione: PTH 5.2, calcemia 6.2, calcio ionizzato 0.69. Ormoni tiroidei e ipofisari basali nella norma. Si prescriveva terapia con calcio lattogluconato + calcio carbonato 1 g/die, calcio carbonato + colecalciferolo 1 g/die, Maalox 1 cucch x 3/die, Tolep 300 mg 1 + 1/2 cp/die.

Successivamente la paziente è stata seguita presso il nostro ambulatorio per circa 2 anni; in alcune occasioni è stato necessario dimezzare la terapia con il calcio per ipercalcemia.

Dopo un lungo periodo di assenza, la paziente è tornata alla nostra osservazione nel 2012, in occasione di un ricovero urgente per grave ipocalcemia con tetania, intensa astenia, crampi addominali e muscolari; aveva sospeso da 2 anni la terapia con vit D ed assumeva Calcium Sandoz 1000 mg x 2/die, Maalox 1 cucchiaino x 3/die e Tolep 300 mg/die. All'ingresso i valori della calcemia erano molto bassi, a fronte di elevati valori di fosforemia; con la terapia infusione, la calcemia raggiungeva i livelli minimi di riferimento; il PTH risultava costantemente indosabile, la vit D insufficiente (24 ng/ml). La paziente veniva dimessa con calcio carbonato + colecalciferolo 3 g/die, calcitriolo 0.5 µg/die.

La paziente è successivamente tornata alla nostra osservazione nel maggio 2015, in occasione di una consulenza da PS, presso cui si era rivolta per il riscontro di ipercalcemia (16 mg/dl); un mese prima la paziente aveva partorito. Assumeva 3 g di calcio e calcitriolo 0.5 µg/die; aveva sospeso Maalox da maggio 2014 e pantoprazolo da circa 9 mesi. Pur riducendo drasticamente l'apporto del calcio, fino a sospenderlo, la calcemia e la calciuria sono rimasti elevati per diversi giorni. Sia in condizioni di iper che di ipocalcemia il PTH è stato sempre indosabile.

La paziente ha allattato per circa 3 mesi e, in questo periodo, i valori di calcemia sono stati estremamente altalenanti, a fronte di minime variazioni dell'apporto di calcio: la calcemia raggiungeva livelli di 16 mg/dl con un apporto di 1 g/die di calcio e rimaneva elevata per diversi giorni, anche per una settimana, dopo la sospensione.

Pensando ad una ipercalcemia paraneoplastica, sono stati valutati tutti i marker tumorali dosabili presso il nostro laboratorio, che sono risultati nella norma.

Per evitare l'ipercalcemia, durante l'allattamento, è stato necessario sospendere del tutto la terapia con il calcio.

A qualche settimana dalla sospensione dell'allattamento, sono ricomparsi i sintomi dell'ipocalcemia: tetania, parestesie acrali, astenia. Per il riscontro di ipocalcemia (6 mg/dl) Antonia ha ripreso la terapia con calcio, aumentando progressivamente il dosaggio giornaliero, fino ad assumere 4 g/die in associazione a colecalciferolo 0.5 µg x 2/die.

Discussione

La transitoria ipercalcemia, rapidamente ed improvvisamente risoltasi, è stata, probabilmente dovuta alla produzione di PTHrp durante l'allattamento; l'aumento della calcemia dovuto al PTHrp si è sommato alla terapia assunta dalla paziente. Alla sospensione dell'allattamento, avendo la paziente già sospeso la terapia classica, è improvvisamente ricomparsa l'ipocalcemia.