



P-107 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE POR ADENOMA ECTÓPICO EN VAINA CAROTÍDEA, UNA LOCALIZACIÓN POCO HABITUAL

Zarain Obrador, Leire; García Muñoz Nájjar, Alejandro; Díaz García, Gustavo Adolfo; Ferrigni, Carlos; Castellón Pavón, Camilo; Artuñedo, Pedro; López Fernández, Pedro; Durán Poveda, Manuel

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Objetivos: La causa principal de una cervicotomía exploradora fallida ante un hiperparatiroidismo primario (HPP) es la presencia de un adenoma paratiroideo ectópico. De hecho hasta en un 66% de los pacientes que son reintervenidos se halla un adenoma ectópico. Las localizaciones más comunes en orden de frecuencia son paraesofágica, mediastínica, intratímica, intratiroidea, vaina carotídea y región cervical superior. Además hay que tener en cuenta que entre un 2,5 y un 15% de pacientes pueden tener glándulas supernumerarias, siendo el timo su localización más habitual.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 30 años de edad, sin antecedentes de interés, que ante un episodio de HTA se realiza un estudio analítico en el que se evidencia hipercalcemia, por lo que es remitido al servicio de endocrinología de nuestro centro. Se trata de un paciente asintomático, sin antecedente de cólico renoureteral ni litiasis, sin historia de fracturas óseas. La analítica muestra Ca de 11,1 mg/dl, Ca total orina (24h) 426 mg y PTH 190 pg/ml. Se realiza ecografía que describe una imagen ovalada hipoecoica de 3 × 7 mm inferolateral al lóbulo tiroideo izquierdo (LTI), así como gammagrafía y SPECT/TC donde se aprecia zona nodular de pequeño tamaño y con captación de MIBI adyacente e inferior al LTI compatible con adenoma paratiroideo. Dada la sospecha de HPP y que el paciente cumplía criterios quirúrgicos (edad, hipercalciuria, osteopenia lumbar en densitometría), se realiza cervicotomía exploradora, sin localizar el adenoma durante la intervención. Al alta se completa estudio con RM, que describe nódulo de 7 mm en contacto con el polo inferior del LTI, posible adenoma paratiroideo. Se realiza además TC 4D, con hallazgo de lesión de 8 × 6 × 13 mm sugerente de adenoma paratiroideo en espacio visceral, lateral al LTI, medial a vena yugular interna izquierda y anterior a carótida común izquierda. Por último se realiza EcoDoppler que confirma la presencia de nódulo de 4 × 7 × 12 mm lateral al LTI y medial al paquete yugulo-carotídeo izquierdo. El paciente es entonces reintervenido, realizándose paratiroidectomía izquierda por HPP persistente por adenoma ectópico ubicado en vaina carotídea izquierda. El análisis anatómo-patológico intraoperatorio confirma que se trata de un adenoma de 200 mg, produciéndose una caída intraoperatoria de PTH de 378 a 78 pg/ml. El paciente presenta postoperatorio sin incidencias y buena evolución en revisiones posteriores.

Discusión: El éxito de la cirugía paratiroidea reside en un estudio bioquímico y radiológico exhaustivo así como en la experiencia del cirujano. Entre un 5-10% de pacientes sometidos a cirugía paratiroidea presentan hiperparatiroidismo persistente. En estos casos se recomienda una

confirmación bioquímica del diagnóstico, así como la realización de dos pruebas de imagen concordantes en la localización del adenoma antes de plantear la reintervención, una de las cuales debe ser un SPECT/TC. Otras pruebas complementarias que pueden realizarse son la ecografía, el TC 4D, la ecografía doppler, la RM o el PET. Es importante conocer de forma precisa dicha localización antes de la intervención para minimizar el riesgo de complicaciones como la lesión recurrencial o el hipoparatiroidismo permanente.