



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-065 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE. CURSO CLÍNICO DE UN CASO POR UN ADENOMA ECTÓPICO

Sánchez Gallego, Alba; Moreno Flores, Beatriz; Camacho Dorado, Cristina; Conde Inarejos, Belén; Luengo Ballester, Olga; Martínez Moreno, Agustina; Cascales Sánchez, Pedro; García Blázquez, Emilio

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Objetivos: Presentar el manejo diagnóstico y terapéutico de una paciente con hiperparatiroidismo primario por un doble adenoma paratiroideo: paratiroides inferior derecha y ectópico en mediastino anterior.

Caso clínico: Se trata de una mujer de 73 años remitida a nuestra consulta por hiperparatiroidismo primario. Presenta clínica de debilidad muscular e inestabilidad de años de evolución sin otra sintomatología. Como pruebas previas a la intervención mostraba una ecografía cervical en la que no hallan lesiones sugestivas de adenoma paratiroideo y una gammagrafía Sestamibi que habla de estudio compatible con adenoma de glándula paratiroidea en el tercio medio de lóbulo tiroideo derecho, sin poder descartar que realmente se trate de un nódulo tiroideo. La paciente es intervenida de forma programada hallando un nódulo tiroideo derecho de aspecto benigno y glándula paratiroides inferior derecha aumentada de tamaño. Se realiza paratiroidectomía inferior derecha y exéresis de nódulo tiroideo con confirmación histológica de forma intraoperatoria. Sin embargo, no aparece descenso de la PTHi intraoperatoria seriada (PTH0 501, PTH1 764, PTH2 601) por lo que se decide reintervenir en esa misma mañana a la paciente para reexploración del resto de glándulas paratiroides, sin nuevos hallazgos, realizando marcaje del resto de paratiroides. Se repitió la PTHi intraoperatoria consiguiendo esta vez un descenso significativo (PTH4 339 pg/mL) por lo que concluimos la reintervención sin nuevas extirpaciones. En el postoperatorio inmediato las cifras de calcio sérico permanecieron elevadas (10,8 mg/dL). Un mes después, continua persistiendo calcemia y PTH elevados (10,5 mg/dL y 225 pg/mL respectivamente) por lo que se decide repetir el estudio gammagráfico resultando, en esta ocasión, sugestivo de tejido paratiroideo ectópico funcionando en mediastino anterior que finalmente se confirmó con SPEC-TC cervical. Finalmente, tras consenso multidisciplinar se decide nueva intervención mediante abordaje torácico para exéresis del adenoma glandular ectópico. Con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario por posible adenoma paratiroideo cervical la paciente es intervenida realizando exéresis del adenoma visualizado en la gammagrafía. Sin embargo, no se produce el descenso previsto de la parathormona ni de la calcemia a pesar de tener una confirmación anatomopatológica de adenoma paratiroideo postoperatorio. Finalmente tras nueva gammagrafía TAC cervical se descubre una glándula paratiroidea ectópica mediastínica por lo que se procede a realizar exéresis de la misma mediante toracoscopia.

Discusión: El adenoma paratiroideo ectópico es una causa rara de HPT 1° representando la localización mediastínica el 25% de los casos, la mayoría adyacentes al timo superior. Cuando el timo desciende en el tórax durante la 5ª semana de desarrollo embrionario, le acompañan las glándulas paratiroides inferiores, que ocupan su posición normal. Sin embargo, a veces estas se desplazan hacia el tórax junto con el timo. La exploración mediastínica para reseca las paratiroides ectópicas se requiere en el 2% de los casos. En su mayoría pueden ser extirpados por abordaje cervical; sin embargo, los abordajes clásicos cuando el adenoma paratiroideo está localizado profundamente en el mediastino son la esternotomía media, la manubriotomía o la toracotomía, aunque, el uso de la toracoscopia videoasistida se ha incrementado para extraer adenomas paratiroides ectópicos mediastinales.