



147 - PARATIROMATOSIS COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO RECURRENTE

M. Aguirre Sánchez -Covisa, L. González López, P. Montero Pavón y P.J. Rozas Moreno

Hospital General Universitario de Ciudad Real.

Resumen

Introducción: La paratiromatosis, consistente en la presencia de múltiples nódulos de tejido paratiroideo benigno hiperfuncionante diseminados por cuello y mediastino, constituye una causa poco conocida de persistencia o recurrencia de un hiperparatiroidismo tras su tratamiento quirúrgico.

Caso clínico: Mujer de 69 años sometida a una paratiroidectomía inferior derecha en 2006 por un hiperparatiroidismo primario. Tras la cirugía se normalizaron todos los parámetros bioquímicos. En 2011 fue derivada a muestra consulta por una recidiva. Ni la gammagrafía con MIBI ni la ecografía cervical mostraron hallazgos patológicos. Se optó por una actitud conservadora, y se llegó a probar tratamiento con cinacalcet, que la paciente no toleró. En 2016 se indicó tratamiento quirúrgico al cumplir 2 criterios para ello (calcemia > 1 mg/dl por encima del LSN y litiasis renal). En febrero de 2017 se le practicó una hemitiroidectomía derecha + timectomía bilateral + extirpación de la grasa mediastínica y peritraqueal hasta el tronco braquiocefálico. La anatomía patológica correspondió a una paratiromatosis (nódulos de tejido paratiroideo en el tejido peritiroideo, en la grasa pericarotídea y entremezclados con restos tímicos). Actualmente persiste un hiperparatiroidismo con hipercalcemia leve (10,9 mg/dl) sin más repercusión que una microlitiasis renal, limitándose el tratamiento a suplementos de vitamina D.

Discusión: La paratiromatosis se atribuye al derrame de tejido paratiroideo en el campo operatorio durante un primer acto quirúrgico. En muy pocos casos se ha explicado como una hiperplasia de restos paratiroideos preexistentes de origen embriológico. En la mayoría de los casos, los pacientes tienen una insuficiencia renal terminal. Los nódulos hiperplásicos pueden asentar en cualquier zona de cuello y mediastino así como en tejido autotrasplantado. Su diagnóstico preoperatorio es difícil, pero debe pensarse en ella ante cualquier hiperparatiroidismo persistente/recurrente.