



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-070 - PARATIROMATOSIS COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO RECURRENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

López Durán, Beatriz Lucía; Díaz Rodríguez, Mercedes; Sacristán Pérez, Cristina; Gila Bohórquez, Antonio; Oliva Mompean, Fernando; Marín Velarde, Consolación

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Se pretende mostrar, a través de un caso, nuestra experiencia en paratiromatosis, situación en la cual el tejido paratiroideo hiperfuncionante se distribuye a través de la región cervical. Es una causa poco frecuente, pero a tener en cuenta ante la persistencia de hiperparatiroidismo tras una paratiroidectomía.

Métodos: Presentamos varón de 37 años con antecedentes de litiasis renal y diagnóstico de hiperparatiroidismo con PTH de 642 pg/ml y calcio sérico de 14,5mg/dl. En ecografía tiroidea se visualiza nódulo de 36 mm en LTI y en gammagrafía Sestamibi se describe nódulo compatible con adenoma paratiroideo inferior izquierdo. Con sospecha de posible carcinoma de paratiroides se interviene el 29/01/2013; paratiroidectomía sup.izq. + loboistmectomía izq. + vaciamiento ganglionar área VI siendo la PTH a los 10 min postinducción de 1.147 pg/ml y la PTH a los 10 min postextracción de 123 pg/ml. Informe anatomopatológico; tumor de paratiroides de incierto potencial maligno sin metástasis de los ganglios del área VI. En controles PO el paciente mantiene elevación de PTH por lo que se realiza nueva gammagrafía sestamibi; Foco nodular en el área teórica de la hemiglándula izquierda. Se interviene de nuevo el 15/06/2016 extirpando, en el lugar descrito por la gammagrafía, nódulo que en AP intraoperatoria es informado como tejido linfoide, se practica además vaciamiento ganglionar áreas III y IV. Informe anatomopatológico compatible con enfermedad de Castleman, sin existir metástasis de los ganglios de áreas III y IV. Se deriva a Hematología para estudio. Se mantiene elevación de PTH (192 pg/ml) y calcio sérico (12 mg/dl) por lo que se solicita nuevamente gammagrafía sestamibi; captación aumentada caudal al área teórica de LTI similar al estudio previo, y se realiza eco-PAAF que observa lesión en región paratraqueal izquierda que se punciona para estudio AP y bioquímico. Informe anatomopatológico de proliferación epitelial compatible con adenoma de paratiroides. En bioquímica de líquido de lavado tras la PAAF se determina presencia de niveles de PTH de 24.640 pg/ml. Se plantea cirugía radioguiada el 09/03/2017; extirpación de tumoración localizada a nivel paratraqueal en plano premuscular con confirmación mediante AP intraoperatoria de que se trataba de tejido paratiroideo, siendo la PTH a los 10 min postinducción de 123 pg/ml y la PTH a los 10 min postextracción de 40 pg/ml.

Resultados: En la revisión a las dos semanas de la intervención, el paciente se encuentra asintomático y con niveles de PTH y calcio sérico dentro de rango normal.

Conclusiones: El manejo meticuloso de los adenomas de las paratiroides durante la extirpación quirúrgica es de suma importancia, evitando la ruptura capsular. En casos de hiperparatiroidismo recurrente, la cirugía radioguiada es de gran ayuda al cirujano para la localización de tejido paratiroideo ectópico.