



VC-017 - EXÉRESIS ADENOPATÍA LATEROCERVICAL DERECHA GUIADA POR ROLL Y PARATRAQUEAL DERECHA POR VIDEOTORACOSCOPIA POR SOSPECHA DE METÁSTASIS DE CARCINOMA PARATIROIDEO

Norte García, Andrea; Pérez García, José Ignacio; Larrañaga Blanc, Itziar; González Abós, Sandra; Homs Samsó, Roger; Martínez Tellez, Elisabeth; Belda Sanchis, José; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: El carcinoma de paratiroides es una de las entidades más raras dentro de la patología endocrina maligna. Suele ser un tumor funcionante, produciendo un exceso de parathormona (PTH) que conlleva a una hipercalcemia. Es la causa del 1% del hiperparatiroidismo primario. Suele sospecharse de forma intraoperatoria y su diagnóstico es histológico. Esto conlleva una falta de guías terapéuticas por lo que respecta al tipo de resección quirúrgica y poco consenso en el manejo y seguimiento posquirúrgico.

Caso clínico: Presentamos un varón de 73 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, enfermedad renal crónica estadio IIIb en seguimiento por nefrología, diagnosticado de hiperparatiroidismo primario a raíz de hipercalcemia y elevación de la PTH. Se realiza un SPECT y una gammagrafía sin lesiones hipermetabólicas, además de un PET-colina que muestra una lesión hipermetabólica de 2 cm a nivel del lóbulo tiroideo inferior derecho sospechosa de tejido paratiroideo hiperfuncionante junto con adenopatías laterocervicales y mediastínicas derechas de aspecto inflamatorio. En la cirugía inicial se identifica la glándula paratiroidea superior derecha normal sin identificar la inferior, pero palpándose un nódulo duro intratiroideo. Ante la sospecha de adenoma intratiroideo o carcinoma papilar de tiroides se decide completar la hemitiroidectomía. La anatomía patológica muestra un carcinoma paratiroideo. El paciente persiste con hipercalcemia y elevación de la PTH, por lo que se repite el PET-colina de cuerpo entero para identificación de posibles metástasis, objetivando una adenopatía laterocervical y paratraqueales derechas sospechosas de malignidad por el contexto clínico del paciente. Se planifica la segunda cirugía conjunta por parte del equipo de Cirugía Endocrina y Torácica. Se marca la adenopatía laterocervical derecha con ROLL (*Radioguided Occult Lesion Localization*) al tratarse ya de un cuello intervenido. Primer tiempo quirúrgico realizado por parte del equipo de Cirugía Torácica. Realiza una videotoracoscopía derecha con dos puertos con el paciente en decúbito lateral izquierdo (uno con trócar de 5 mm para la cámara y otro una incisión de 15 mm para colocación de Alexis). Abre la grasa mediastínica disecando una adenopatía de aspecto patológico localizada lateral derecho y anterior a la tráquea. El resultado de anatomía perioperatorio es de metástasis de carcinoma paratiroideo. Segundo tiempo quirúrgico realizado por parte del equipo de Cirugía Endocrina. Realiza una incisión de Kocher iterativa, con acceso por el compartimento lateral cervical (entre el músculo esternocleidomastoideo y pretiroideos derechos), y no por línea media para evitar

adherencias. Se referencia el músculo omohioideo con un *vessel loop* y con ayuda de la sonda de Medicina Nuclear se identifica la adenopatía patológica lateral y profunda a la vena yugular interna. El paciente presenta una normalización de la hipercalcemia en el posoperatorio inmediato y la anatomía patológica definitiva es metástasis de carcinoma de paratiroides.

Discusión: El marcaje con ROLL debe considerarse una opción en pacientes con antecedentes de cirugía cervical para identificación de adenopatías patológicas o paratiroides ectópicas.