



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-099 - De dolor epigástrico a paratiroidectomía: presentación de un caso

M. González Pérez, J.M. del Val Gil, A. Minguillón Serrano, A.A. Moreno Olivieri, D. Escribano Pérez, M. Oset García, L.I. Comín Novella y A.C. Utrillas Martínez

Hospital General Obispo Polanco, Teruel.

### Resumen

**Objetivos:** El dolor epigástrico acompañado de vómitos es un síntoma muy inespecífico y motivo habitual de consulta en los servicios de Urgencias. Entre las causas poco frecuentes, encontramos el hiperparatiroidismo primario. Hasta en un 89% de los casos se debe a un adenoma paratiroideo único, pudiendo ser doble hasta en un 5% de los pacientes. En ocasiones, estudios para el despistaje de otras neoplasias endocrinas se hace obligatorio dada la pertenencia de esta enfermedad a los conocidos como síndromes MEN. El objetivo de este trabajo es presentar un caso clínico de adenoma paratiroideo único causante de hiperparatiroidismo primario.

**Caso clínico:** Varón de 40a que acude a Urgencias con dolor epigástrico y vómitos de 24h evolución, sin antecedentes médicos de interés a excepción de gastritis aguda y una fractura traumática de tibia y peroné. La exploración física no orientaba hacia un posible origen, sin embargo en la analítica destacaban valores de calcio de 14,7; urea 39; creatinina 2,1 y PTH 1959. También remarcar una calciuria de 1.019. Se solicitó ecografía abdominal que evidenciaba nefrolitiasis de gran tamaño, bilaterales, que no habían dado manifestaciones clínicas hasta el momento. De forma programada se solicitó ecografía de región cervical, localizando una lesión nodular de 3,3cm en región tiroidea izquierda, con compresión y desplazamiento del parénquima. El estudio se completó con la realización de una gammagrafía con Tc-mibi, que reveló un único nódulo captante a nivel de la paratiroides inferior izquierda. Con éstos datos se programó para cirugía, llevando a cabo una paratiroidectomía inferior izquierda, con preservación del tejido tiroideo, sin evidenciar otras lesiones adenomatosas en ese momento.

**Resultados:** Se realizó la monitorización intraoperatoria de PTH para garantizar, en la medida de lo posible de la técnica, la eliminación del foco productor de enfermedad. El nódulo tenía un tamaño total de 3,5 cm × 3 cm × 2 cm y un peso de 11 g. La anatomía informa de un adenoma atípico sobre escasos restos de glándula paratiroidea conservada, con mitosis excepcionales y ausencia de fenómenos de invasión vascular, con bordes libres de lesión. Actualmente el paciente no presenta clínica de hiperparatiroidismo asociada y se encuentra en seguimiento por los servicios de Endocrino y Nefrología.

PTH intacta preoperatoria	PTH 5min ligadura pedículo vascular	PTH 10min extirpación	PTH 24h PO inicial
2086	301,4	244,8	13,74

**Conclusiones:** A pesar de no ser una de las manifestaciones clínicas iniciales habituales, el dolor epigástrico o incluso el desarrollo de una úlcera péptica, se da en casos de hiperparatiroidismo debido a la hipercalcemia presente. Otros síntomas asociados pueden ser la aparición de condrocalcinosis, síndrome de poliuria-polidipsia, calcificaciones metastásicas o pancreatitis recurrentes. El hallazgo de alguno de estos signos junto con elevación sérica de calcio, nos debe hacer pensar en esta entidad.