



# Cirugía Española

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



## P-088 - COEXISTENCIA DE ADENOMA PARATIROIDEO Y CÁNCER DE TIROIDES ECTÓPICOS MEDIASTÍNICOS: UN CASO INÉDITO

Guadarrama González, Francisco Javier; Bernal Tirapo, Julia; Sánchez García, Carmen; Pastor Altaba, Daniel; Jiménez Almonacid, Justino; Martínez Pozuelo, Almudena; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario debido a adenoma paratiroideo ectópico es muy poco frecuente (4-6 casos por 100.000 h), siendo el mediastino superior la localización más habitual fuera del cuello (20%). Algo parecido ocurre con la presencia de tejido tiroideo ectópico (2 casos por 100.000 h). Solo una pequeña parte de los tiroides ectópicos son mediastínicos, y de éstos, apenas se han descrito casos con neoplasia.

**Caso clínico:** Mujer de 70 años, con antecedentes de valvulopatía reumática, prótesis mecánicas mitral y aórtica, remitida a cirugía general desde endocrinología con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario tras estudio por fractura osteoporótica de radio. La ecografía cervical mostró tiroides estructuralmente homogénea, salvo por un nódulo sólido de 22 × 16 mm en el lóbulo izquierdo (Bethesda II). La gammagrafía con Tc99m-sestamibi no reveló imágenes patológicas por lo que se realizó PET-colina evidenciando una captación intensa en el mediastino anterior sugestiva de adenoma paratiroideo ectópico. Mediante cervicotomía tipo Kocher con abordaje del mediastino superior se resecó un nódulo de 1,5 cm., retroesternal, adyacente al tronco braquiocefálico, que la biopsia intraoperatoria informó de carcinoma papilar de tiroides sin tejido paratiroideo. Ante este hallazgo inesperado, se decidió realizar hemitiroidectomía izquierda (por la existencia del nódulo mencionado) y linfadenectomía central izquierda. Además se extirparon dos glándulas paratiroides (superior izquierda e inferior derecha) de tamaño anormal. Sin embargo, los niveles de PTH io (paratohormona intraoperatoria) no descendieron, persistiendo el hiperparatiroidismo en el posoperatorio. La anatomía patológica posterior confirmó el diagnóstico de tejido tiroideo ectópico con un microcarcinoma de 4 mm, así como nódulo benigno en el hemitiroides resecado y la presencia de microadenomas en ambas paratiroides de 80 y 200 mg. Se aislaron 5 ganglios sin alteraciones en la linfadenectomía central. Una nueva PET-colina confirmó la captación mediastínica previa, por lo que se programó una reintervención con la asistencia del servicio de cirugía torácica y del dispositivo PTeye™. En la segunda cirugía se amplió la cervicotomía con una incisión vertical de 4cm. Se extirpó un adenoma paratiroideo de 2 cm. y 800 mg. anterior al tronco braquiocefálico. La PTH io descendió de 244 a 30,6 pg/ml a los 10 minutos de la resección. El posoperatorio cursó sin incidencias, con normocalcemia estable.

**Discusión:** Aunque se han publicado algún caso de hiperparatiroidismo por adenoma mediastínico asociado tiroides ectópico, o con cáncer de tiroides cervical, la coexistencia de un carcinoma papilar

de tiroides y un adenoma paratiroideo, ambos en localización ectópica mediastínica, sin afectación de la glándula tiroidea ortotópica, representa una situación excepcional no documentada previamente en la literatura. La evaluación y el tratamiento de los adenomas paratiroides han mejorado con los años. La localización de los adenomas paratiroides se simplificó con el uso de la gammagrafía con  $^{99m}\text{Tc}$ -sestamibi y definitivamente con la PET- colina. Sin embargo estas pruebas presentan un muy bajo porcentaje de falsos positivos, sobre todo debido a nódulos tiroideos neoplásicos, lo que puede llevar a una interpretación errónea, como ocurrió en nuestro caso. El uso de la autofluorescencia, como el PTeye<sup>™</sup>, puede ser útil en contextos de reintervención o una anatomía alterada.