



V-076 - PARATIROMATOSIS: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HIPERPARATIROIDISMO RECURRENTE

González Soares, Sara María; Castillo Ruiz, Gema; Escanciano Escanciano, Manuel; Pastor Peinado, Paula; Sánchez de Molina Rampérez, María Luisa; Villarejo Campos, Pedro; Rincón García, David; Osorio Silla, Irene

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Resumen

Introducción: La paratiromatosis es una causa muy poco frecuente de hiperparatiroidismo (HPT) primario recurrente en pacientes con cirugía previa de paratiroides. Existen diferentes teorías que tratan de explicar esta patología, siendo la siembra de tejido paratiroideo hiperfuncionante la más común. La paratiromatosis es un reto diagnóstico y terapéutico. Presentamos el siguiente vídeo que ilustra el curso clínico de una paciente con diagnóstico de paratiromatosis.

Caso clínico: Mujer de 70 años con antecedentes de cirugía en 1999 por hiperparatiroidismo primario, en la que se extirpó un adenoma paratiroideo derecho. En 2024, presentó síntomas de fatiga y debilidad muscular. El estudio analítico reveló hipercalcemia (12,5 mg/dL), hipofosfatemia (2,9 mmol/L) y PTH elevada (464 pg/mL), estableciéndose el diagnóstico de hiperparatiroidismo recurrente e iniciándose tratamiento con cinacalcet. La densitometría ósea mostró osteoporosis, y la ecografía abdominal descartó litiasis renal. Ecografía Doppler identificó un nódulo hipoeoico de 14 mm lateral e inferior al lóbulo tiroideo derecho. El SPECT/CT confirmó una masa retrotraqueal en el mismo lado. La paciente fue intervenida en otro centro, realizándose una exploración cervical derecha y extirpación de un segundo adenoma. No obstante, persistieron cifras elevadas de calcemia (12 mg/dL) y PTH (637 pg/mL), por lo que fue remitida a nuestro centro. Se completó el estudio con PET-TC con colina y TAC dinámico, que evidenciaron múltiples lesiones hipercaptantes en localizaciones cervicales y mediastínicas: lesiones laterales al polo inferior del lóbulo tiroideo derecho, otras en la región paratraqueal superior, y una masa retrotraqueal de 47 mm de eje mayor extendiéndose al mediastino superior, además de lesiones adyacentes a la vaina carotídea y al músculo esternocleidomastoideo. Ante la sospecha de paratiromatosis, e incluyendo en el diagnóstico diferencial la posibilidad de una recidiva de carcinoma de paratiroides, se programó cirugía radical con el equipo de Cirugía Torácica. El procedimiento se inició por vía toracoscópica derecha, con resección de la masa retrotraqueal hasta la arteria subclavia. Posteriormente se realizó abordaje cervical con disección del compartimento central derecho y exploración de la vaina yugulocarotídea, extirpando todo el tejido paratiroideo visible. Se completó la cirugía con hemitiroidectomía y timectomía derechas. La cirugía transcurrió sin complicaciones. La PTH intraoperatoria (580 pg/mL) mostró un descenso significativo (122 pg/mL). La paciente tuvo una evolución posoperatoria favorable y fue dada de alta al segundo día, con valores de calcemia de 10,5 mg/dL y PTH 134 pg/mL. El análisis histopatológico confirmó el diagnóstico de paratiromatosis. Actualmente, la paciente se encuentra en seguimiento clínico, con niveles de calcio sérico de 11,5

mg/dL y PTH 170 pg/mL, por lo que se ha reintroducido tratamiento con calcimiméticos.

Discusión: La paratiromatosis es una entidad poco frecuente que puede causar HPT persistente o recurrente. Es fundamental realizar una adecuada evaluación diagnóstica, establecer un diagnóstico diferencial con lesiones atípicas o carcinoma de paratiroides, y planificar el tratamiento más adecuado. La extirpación quirúrgica completa de todo el tejido paratiroideo identificable es la mejor opción para un tratamiento exitoso; sin embargo, en la mayoría de los casos es necesario complementar con tratamiento médico mediante calcimiméticos y bifosfonatos.