



# Cirugía Española



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

## P-058 - ADENOMA METACRÓNICO DE PARATIROIDES COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO PERSISTENTE – CASO CLÍNICO

Alves Conceicao, Teresa Maria<sup>1</sup>; Rodríguez Morillas, Diego<sup>2</sup>; Montoya Garrido, Francisco<sup>3</sup>; García Balart, Leandro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Torrecárdenas, Almería; <sup>2</sup>Hospital Universitario de San Cecilio, Granada; <sup>3</sup>Hospital de Poniente, El Ejido.

### Resumen

**Introducción:** El hiperparatiroidismo primario puede presentar diferentes características anatómicas o histológicas que suponen un reto para el cirujano. Pueden existir adenomas dobles o ectópicos y hiperplasias asimétricas o metacrónicas que no diagnosticadas pueden terminar en paratiroidectomía infructuosa, persistiendo la hipercalcemia o recidivando antes de los 6 meses.

**Caso clínico:** Mujer, 36 años, Nefropatía lúpica con insuficiencia renal crónica en estadio IV. Presenta hiperparatiroidismo primario asintomático con calcemia de 10.96 mg/dl y parathormona de 670 pg/dl. La ecografía cervical y la gammagrafía sugieren un adenoma de paratiroides inferior derecha. Propuesta intervención de paratiroidectomía inferior derecha selectiva, se ha valorado paratiroides superior homolateral que tiene tamaño y aspecto normales. Realizamos neuromonitorización de nervio laríngeo recurrente y vago derechos que es normal. Confirmación anatomopatológica intraoperatoria del diagnóstico y determinación perioperatoria de PTHi con una bajada de su valor según criterios de resección de Miami (bajada de 50% en el valor de PTH post-escisión). El resultado anatomopatológico definitivo es de adenoma de paratiroides 1 mes de postoperatorio, a pesar de asintomática, persiste calcemia de 13.28 y PTH de 658 pg/dl. Se solicita nueva gammagrafía con sestamibi y ecografía para valorar persistencia de enfermedad. Las pruebas son sugerentes de existencia de adenoma de paratiroides superior derecho. Se descartan otras causas. Reintervención con escisión de adenoma superior derecho, las glándulas izquierdas son normales; Se repite neuromonitorización de vago y recurrente y el diagnóstico anatomopatológico es de adenoma. La determinación de PTHi perioperatoria baja a menos de 50% del valor pre-escisión y la calcemia es normal. A los 6 meses se mantiene asintomática, con calcemia normal y PTH elevada. El control ecográfico y gammagráfico son normales. Se plantea el diagnóstico diferencial entre adenomatización de la glándula paratiroides superior que es normal durante la primera intervención y un hiperparatiroidismo secundario dada los antecedentes de la paciente y la evolución de la enfermedad.

**Discusión:** Las pruebas de imagen diagnósticas permiten con gran acuidad identificar el adenoma único de paratiroides permitiendo realizar una abordaje selectiva según criterios de resección funcionales y anatómicos. Ante el hiperparatiroidismo persistente sintomático debe plantearse nuevo estudio diagnóstico, descartando causas menos frecuentes como adenoma metacrónico o ectópico y hiperplasia difusa primaria o secundaria. Confirmado el diagnóstico y indicada la reintervención, debe ser planificada de forma a evitar nuevas complicaciones, con nueva exploración selectiva o exploración cervical bilateral.