



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-085 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO POR AUSENCIA DE DESCENSO DEL PARATIMO

Notario Fernández, Pilar; Plata Illescas, Cristina; Triguero Cabrera, Jennifer; Muñoz Pérez, Nuria; Villar del Moral, Jesús; Arcelus Martínez, Juan Ignacio; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una paciente con hiperparatiroidismo primario por paratiroides inferior derecha no descendida (paratimo).

Caso clínico: Mujer de 33 años sin antecedentes personales ni familiares de tiroidopatía ni irradiación cervical, con retraso intelectual desde la infancia y glaucoma. Consulta por cólicos ureterales de repetición bilaterales con expulsión de arenilla. En estudio por este motivo se detecta hipercalcemia. Exploración cervical: tiroides no palpable, sin nódulos en la región. Parece palparse una tumoración blanda y redondeada laterocervical derecha submandibular. Ecografía tiroidea, paratiroidea y del área submandibular: Tumoración de aspecto sólido-quístico en la bifurcación carotídea que desplaza medial y posteriormente la arteria carótida interna, con unas dimensiones de $2,6 \times 1,5 \times 4$ cm. Gammagrafía con MIBI: Estructura ovoidea de $4,9 \times 1,6$ cm \times 2,2 cm localizada en el espacio carotideo cervical derecho extendiéndose cranealmente desde la bifurcación carotídea, entre la vena yugular interna y ambas ramas carotídeas desplazando ligeramente hacia adelante la glándula submaxilar. Los hallazgos descritos son sugerentes de tumoración benigna, posiblemente schwannoma. Dada la clínica de la paciente y los hallazgos de las pruebas complementarias, se decide intervención, realizándose exéresis de tumoración laterocervical derecha por abordaje lateral. Se confirmó la existencia de una tumoración con componente solidoquístico separando las estructuras del paquete vasculonervioso del cuello, con aspecto de glándula paratiroides ectópica (paratimo derecho). Se realiza determinación de PTH intraoperatoria: basal 860 pg/ml, preextirpación 688 pg/ml, a los 5 minutos 199 pg/ml, a los 10 minutos 147 pg/ml. Se envía la glándula a AP en intraoperatorio que confirman tejido paratiroideo de 12 gramos de peso. El diagnóstico anatomopatológico informó de adenoma de paratiroides de $4,2 \times 3 \times 2$ cm. de diámetros máximos y 12,35 g. De peso; la lesión se sitúa en el seno de parénquima tímico sin alteraciones morfológicas significativas. La evolución fue favorable, sin alteraciones en la fonación o deglución, siendo dada de alta a las 24 horas de la cirugía con una calcemia corregida de 8,4 mg/dL.

Discusión: Embriológicamente, las glándulas paratiroides inferiores y el timo derivan de la tercera bolsa faríngea, mientras que las glándulas paratiroides superiores derivan de la cuarta. El timo normalmente migra de forma caudal desde el cuerno del hioides hasta el mediastino anterior, arrastrando con él a las paratiroides inferiores. Posteriormente, las glándulas paratiroides inferiores se separan del timo y se sitúan posteriormente a la glándula tiroides. Dependiendo del nivel en el que se separen dichas glándulas y el timo, éstas pueden estar localizadas en cualquier punto del mencionado trayecto. Por esta razón, su localización es más variable que la de las glándulas paratiroides superiores. Este hecho embriológico es crucial a la hora de localizar las paratiroides inferiores.