



P-074 - PARATIROMATOSIS COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO RECURRENTE. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Lara Fernández, Yaiza; López Durán, Beatriz Lucía; Sacristán Pérez, Cristina; Díaz Rodríguez, María Mercedes; Marín Velarde, Consuelo; Oliva Mompeán, Fernando

Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: Definimos paratiromatosis como la presencia de pequeños nódulos de tejido paratiroideo hiperfuncionante disperso en los tejidos blandos del cuello y/o mediastino. Engloba 1% de los casos de hiperparatiroidismo recurrente. Nuestro objetivo es exponer nuestra experiencia en el manejo de la paratiromatosis como causa de hiperparatiroidismo recurrente tras la cirugía por hiperparatiroidismo primario.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 37 años con diagnóstico de hiperparatiroidismo primario con PTH 642 pg/ml y calcio sérico de 14,5 mg/dl, con ecografía y gammagrafía compatibles con adenoma paratiroideo inferior izquierdo. Ante la sospecha de carcinoma, se interviene en enero de 2013 realizándole exéresis de dicha paratiroides + lobostmectomía izquierda+ linfadenectomía del área VI, con descenso de PTH postinducción de 1.147 pg/ml a 123 pg/ml 10 minutos postextirpación, sin malignidad en anatomía patológica. Se reinterviene en junio de 2016 por persistencia de PTH elevada y captación en nueva gammagrafía en área teórica de hemitiroides izquierdo, con resultado intraoperatorio de tejido linfoide, por lo que se realiza además linfadenectomía de áreas III-IV. En marzo de 2017 se lleva a cabo tercera intervención por persistencia de PTH elevada, mediante cirugía radioguiada tras gammagrafía con captación en la misma localización y PAAF con PTH en bioquímica de lavado de 24.640 pg/ml. El resultado anatomopatológico del tejido extraído se corresponde con paratiroides. La PTH desciende de 123 pg/ml postinducción a 40 pg/ml a los 10 minutos postextracción. Caso 2: mujer de 32 años intervenida en febrero de 2010 por hiperparatiroidismo primario por adenoma de paratiroides superior derecha, positivo tanto en ecografía como en gammagrafía, confirmando el diagnóstico postoperatorio mediante anatomía patológica. Se reinterviene en abril de 2018 por hiperparatiroidismo recurrente con gammagrafía hipercaptante en la misma localización. En acto quirúrgico, en región premuscular, encontramos tejido compatible con tejido paratiroideo, confirmándose intraoperatoriamente y con un descenso de PTH postinducción de 70 pg/ml a 63 pg/ml 10 minutos postextirpación. Se revisaron los 4 cuadrantes, sin hallar paratiroides superior derecha, y con el resto de tamaño normal. Tras dos semanas de seguimiento en ambos casos, los pacientes permanecieron asintomáticos, con niveles de PTH y calcio sérico dentro de la normalidad.

Discusión: Una técnica quirúrgica meticulosa para la escisión de los adenomas paratiroideos es de suma importancia. Debemos perseguir la extirpación de la glándula afecta de forma completa e intacta, evitando la ruptura capsular. La cirugía radioguiada supone un gran avance en el manejo de la enfermedad paratiroidea, a tener en cuenta en casos de hiperparatiroidismo recurrente.