

Caso Clínico

Adenoma paratiroideo

Francisco Javier Palau Cuevas, Juan Antonio García Sánchez, Indira Hernández Rangel, María Rey Múgica

Centro de salud San Carlos.

Mujer de 40 años:

AP: -HTA en tratamiento con valsartan 80. Intervenido por Hernia discal L5-S1

HC: Acude a consulta de AP refiriendo astenia y poliartalgias, por lo que se realiza estudio analítico donde objetiva calcemia 10.9mg/dl resto de parámetros normales, se realiza PTH con cifras de 217,5 pg/ml (15-82) calcemia repetida 11.4 mg/dl, vitamina D 10.5 ng/ml(9.4-59).

Ante estos hallazgos se realiza en Atención Primaria, ECOGRAFÍA de área tiroidea: Se observa Imagen nodular hipocogénica de 1.12 x 0.7 x 1.66cm(T, AP, L) localizada en región inferior al lóbulo tiroideo izquierdo que se corresponde con la glándula paratiroides inferior izda.



Figura 1. Lóbulo tiroideo derecho longitudinal.

Con estos resultados la paciente fue derivada a Endocrinología donde se realiza estudio complementario mediante GAMMAGRAFIA de paratiroides con MIBI 99m Tc donde se observa una imagen focal de mayor actividad caudal al lóbulo tiroideo izquierdo en fase precoz, persistiendo en fase tardía, sugerente de patología paratiroidea izda. (adenoma/ hiperplasia).

La paciente fue intervenida realizándose hemitiroi-

dectomía izda. mas extirpación de paratiroides izda. (AP tejido paratiroideo concordante con adenoma). Con normalización de calcemia.

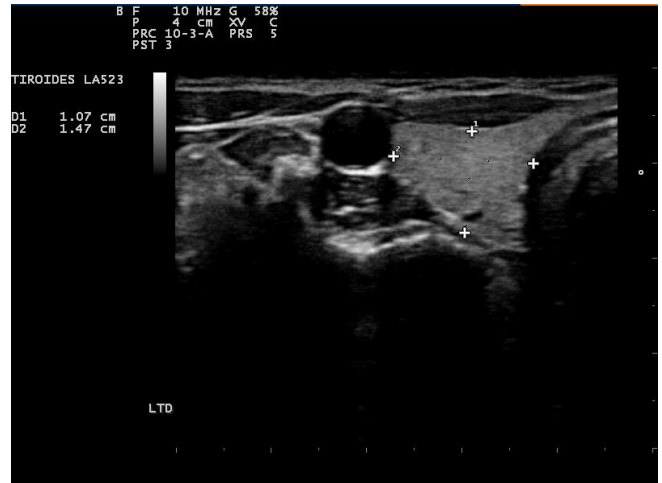


Figura 2. Lóbulo tiroideo derecho transversal.



Figura 3. Paratiroides izquierda longitudinal.

DISCUSIÓN:

El hiperparatiroidismo primario es una patología endocrina frecuente, que afecta principalmente a mujeres en torno a los 40 y 60 años de edad. Estos pacientes presentan el Calcio sérico ligeramente elevado (>10mg/dl) y la hormona paratiroidea (PTH) elevada ó normal-alta.

La mayoría son asintomáticos o presentan síntomas sutiles como fatiga, irritabilidad. Los casos más avanzados asocian nefrolitiasis, osteopenia.

En ocasiones forman parte de los Síndromes de neo-

plasia endocrina múltiple (MEN-1 y MEN 2A).

El 85% de los casos se debe a un adenoma solitario y el 15% a crecimiento glandular múltiple (hiperplasia glandular o adenomas múltiples), excepcionalmente (1%) se debe a un carcinoma paratiroideo.

Las pruebas de imagen principales para la valoración de ésta patología son la ecografía y la Gammagrafía con Tc 99m Sestamibi (MIBI). El tratamiento definitivo es quirúrgico.

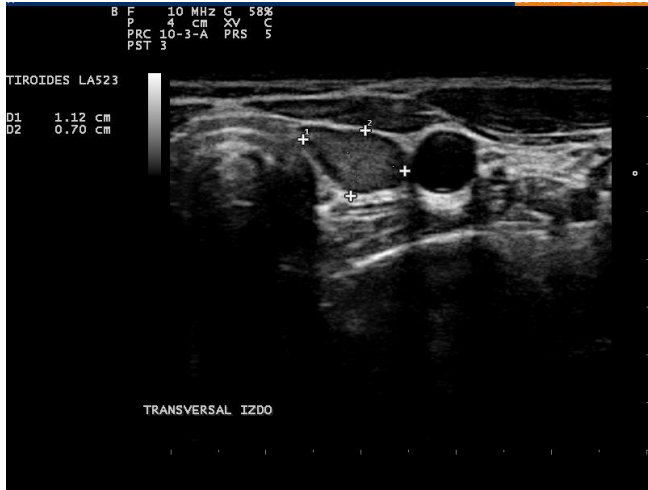


Figura 4. Paratiroides izquierda transversal.

ECOGRAFIA:

La mayoría de los adenomas paratiroides se localizan posteriores o inmediatamente inferiores al tiroides y mediales a la carótida. Masa sólida oval, homogénea e hipoeoica con respecto a la glándula tiroides. Miden habitualmente entre 0'8 y 1'5cm. Menos frecuentemente presentan menor tamaño: microadenomas; Macroadenomas: hay que hacer diagnóstico diferencial con el carcinoma .

Falsos negativos:

- Adenoma poco aumentado de tamaño
- Lesiones adyacentes a un tiroides agrandado o multinodular.
- Adenoma paratiroideo ectópico.

Falsos positivos:

- Ganglio cervical.
- Nódulo tiroideo.
- Estructuras anatómicas:
- Vaso sanguíneo prominente
- Esófago
- Músculo largo del cuello

Gammagrafía MIBI consta de una fase precoz (10-15 minutos) y de una fase tardía (2-3 horas).El tejido adenomatoso/hiperplásico presenta captación de Tc-99m que persiste en la fase tardía. Tiene una sensibilidad del 88% similar a la ecografía para detectar adenomas paratiroides solitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1.Vitetta GM, Neri P, Chiecchio A, Cariero A, Cirillo S, Mussetto AB, Codegone A. " Role of ultrasonography in the

management of patients with primary hyperparathyroidism:retrospective comparison with tchnetium-99m sestamibi scintigraphy". J Ultrasound.

2014 Jan 31;17(1):1-12

2. Kunstman JW, Kirsch JD, Mahajan A, Udelsman R. Clinical review: Parathyroid localization and implications for clinical management. J Clin Endocrinol Metab.2013 Mar;98(3):902-12.

3. Haber RS, Kim CK, Inabnet WB. Ultrasonography for preoperative localization of enlarged parathyroid glands in primary hyperparathyroidism: comparison with(99m)technetium sestamibi scintigraphy. Clin Endocrinol (Oxf). 2002 Aug;57(2):241-9.

4.Khan AA, Hanley DA, Rizzoli R, Bollerslev J, Young JE, Rejnmark L, Thakker R, D'Amour P, Paul T, Van Uum S, Shrayyef MZ, Goltzman D, Kaiser S, Cusano NE,Bouillon R, Mosekilde L, Kung AW, Rao SD, Bhadada SK, Clarke BL, Liu J, Duh Q,Lewiecki EM, Bandeira F, Eastell R, Marcocci C, Silverberg SJ, Udelsman R,Davison KS, Potts JT Jr, Brandi ML, Bilezikian JP. Primary hyperparathyroidism:review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian international consensus. Osteoporos Int. 2017 Jan;28(1):1-19.

5. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, Silverberg SJ, Udelsman R, Marcocci C,Potts JT Jr. Guidelines for the management of asymptomatic primaryhyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. J Clin Endocrinol Metab. 2014 Oct;99(10):3561-9.