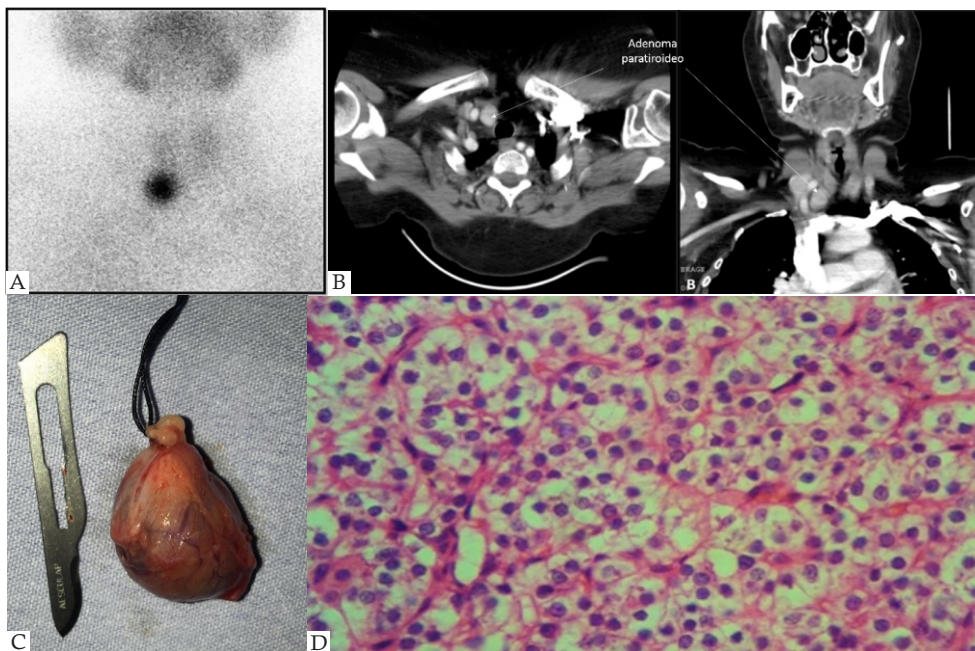




Adenoma paratiroideo, un diagnóstico frecuente

Arellano-Aguilar Gregorio^a, Gálvez-Valdovinos Ramiro^b, González-Arrona Tomás^c, Aguirre-Trigueros José^d, Flores-Hernández Pedro Sixto^e, Pliego-Romero Blanca Janeth^a



A. Gammagrama con MIBI- Tc, mostrando zona de hipercaptación en polo inferior de lóbulo tiroideo derecho. **B.** Tomografía contrastada de cuello; A corte axial, B corte coronal; mostrando: imagen hipodensa adyacente al lóbulo tiroideo derecho con dimensiones de 1.1 x 1.6 x 1.8 cm, correspondiendo a Adenoma paratiroideo. **C.** Pieza quirúrgica correspondiendo a adenoma paratiroideo con dimensiones de 2 x 1.8 cm, de superficie lisa de color café oscuro. **D.** Corte histológico de adenoma paratiroideo. Se observan células claras con patrón de crecimiento difuso y red capilar sinusoidal, rodeando células poligonales con citoplasma claro, núcleos redondos, monótonos e hipercromáticos sin datos de malignidad; tinción Hematoxilina-Eosina. Aumento 10 x.

Presentación del caso

Se trata de paciente femenino de 55 años con antecedente de hipertensión arterial de 5 años en tratamiento con IECA. Acudió a valoración por cuadro de 1 año de evolución con fatiga generalizada, dificultad en la concentración y estreñimiento crónico. En el abordaje se detectó perfil tiroideo normal; Calcio sérico de 11.3 mg/dL; Fósforo de 2.4 mg/dL, Albúmina de 3.7 g/dL; Globulinas de 2.4 g/dL. Calcio corregido por albúmina de 11.8 mg/dL, Paratohormona de 392.3 pg/mL y Calcio en orina de 24 horas de 555 mg. Se diagnosticó Hiperparatiroidismo primario (HPP) se realizó gammagrama paratiroideo con sestamibi, localizando adenoma paratiroideo

(Figura 1), corroborado mediante TAC de cuello.¹ (Figura 2). Se realizó paratiroidectomía (Figura 3) sin complicaciones trans o postoperatorias; a las 24 los resultados de laboratorio mostraron: Ca sérico 9.4 mg/dL, Fósforo sérico 3.7 mg/dL y PTH: 54.1 pg/mL.

Actualmente, el escrutinio de medición de calcio sérico ha permitido detectar con mayor frecuencia al HPP, que ocupa el tercer lugar en frecuencia de las enfermedades endocrinas, siguiendo a Diabetes Mellitus y a las enfermedades tiroideas. Este, se caracteriza por exceso en la secreción de hormona paratiroidea, la cual condiciona hipercalcemia e hipofosfatemia. En los Estados Unidos se estiman

100,000 nuevos casos por año con relación de género 2.5:1 a favor del femenino; en 90 % de los pacientes el HPP se origina en un único adenoma. Afecta al 1% de la población adulta, aumentando su incidencia a 2% después de los 55 años; su prevalencia es de 3 casos/1000 en el adulto, elevándose en la postmenopausia a 21 casos/1000.³

Referencias bibliográficas:

1. Wong KK, Fig LM, Gross MD, Dwamena BA. Parathyroid adenoma localization with 99mTc-sestamibi SPECT/CT: a meta-analysis. *Nucl Med Commun.* 2015;36:363-375.
2. Silverberg SJ, Clarke BL, Peacock M, Bandeira F, Boutroy S, Cusano NE, et al. Current issues in the presentation of asymptomatic primary hyperparathyroidism: proceedings of the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99:3580-3585.
3. Bilezikian JP, Brandi ML, Eastell R, et al. Guidelines for the management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: summary statement from the Fourth International Workshop. *J Clin Endocrinol Metab* 2014; 99:3561-3568.

^a Servicio de Medicina Interna. División de Medicina del Hospital Angeles León.

^b Servicio de Cirugía General. División de Cirugía del Hospital Angeles León.

^c Departamento de Imagenología del Hospital Angeles León.

^d Departamento de Anatomopatología del Hospital Angeles León.

^e Departamento de Medicina Nuclear del Hospital Angeles León

Autor para correspondencia

Dr. Gregorio Arellano Aguilar; Especialista en Medicina Interna, Adscrito a la división de Medicina del Hospital Angeles León, Av. Cerro Gordo 311, Lomas del Campestre, León, Guanajuato, México. C. P. 37150