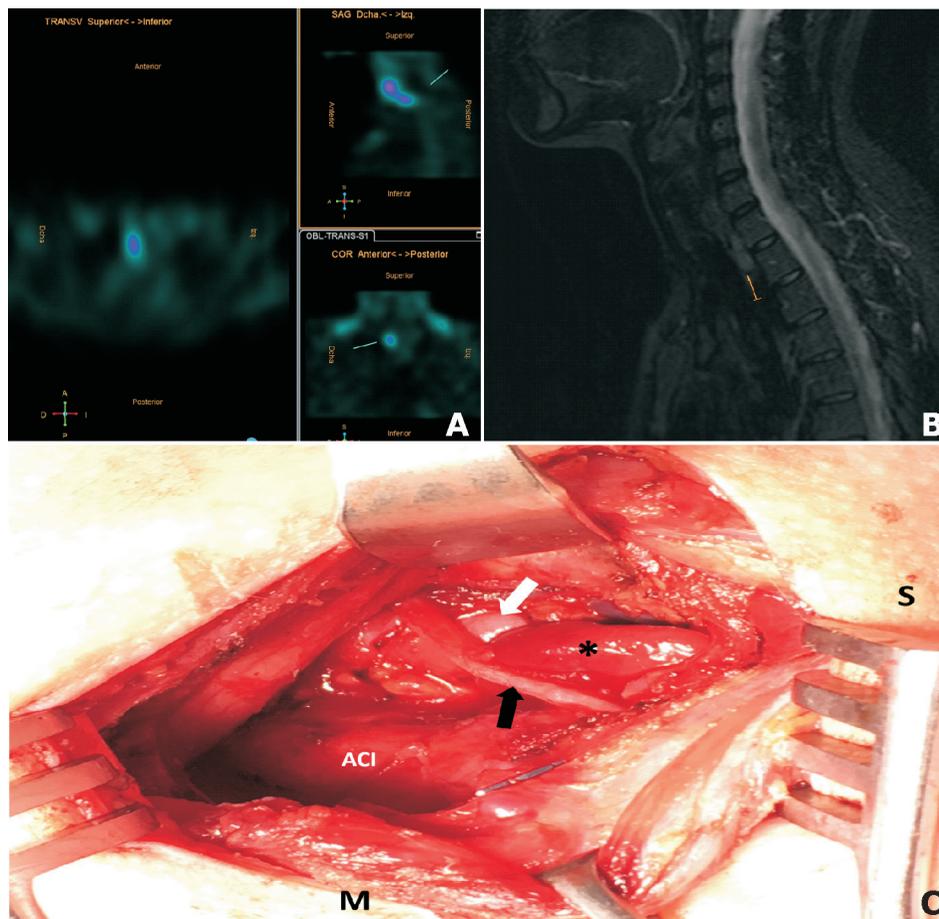


Adenoma paratiroideo ectópico: ¿cuello o tórax?

Luis Alejandro Boccalatte y Eduardo Luis Mazzaro



Se presenta el caso de una paciente femenina de 24 años con antecedentes de hipotiroidismo. A principios del año 2016 consulta por aumento de la parathormona (PTH) en el contexto de hipercalcemia y litiasis renal. Se la estudia por un posible adenoma paratiroideo y se obtiene concordancia en los estudios preoperatorios (ecografía de glándulas paratiroides y centellograma con sestamibi) para una ubicación retrocarotídea inferior derecha. Se realizó un abordaje miniinvasivo, se resecó tejido paratiroideo en dicha localización (biopsia por congelación positiva) y no se obtuvo descenso de la parathormona PTH intraoperatoria (456,5 pg/mL a los 15 minutos, para un basal de 329,9 pg/mL), aun luego de la búsqueda exhaustiva de localizaciones ectópicas (retroesofágica, vaina carotídea, etc.).

Durante el seguimiento por el equipo de endocrinología y cirugía de cabeza y cuello durante 6 meses se demuestra la persistencia de valores elevados de PTH. Se realiza nuevo sestamibi que evidencia tejido paratiroideo hipercaptante de localización posteroinferior derecha (Fig. A). El estudio por resonancia informa: lesión ovoide de 15 mm × 5 mm × 8 mm en sus ejes craneocaudal, anteroposterior y laterolateral, respectivamente, en la cara anterolateral derecha de las vértebras (Fig. B).

Con estos hallazgos se decide consultar al equipo de cirugía de tórax por la eventual necesidad de abordaje de la cavidad torácica. Se procede a cervicotomía transversa. Luego del acceso al espacio visceral y abordaje de la celda tiroidea derecha se observa adenoma paratiroideo de localización posterosuperior derecha. En la imagen (S: *superior* - M: *medial*) se puede apreciar la importancia de las peligrosas relaciones de las glándulas paratiroides entre ellas; arteria carótida interna (ACI), vena yugular interna, nervio laríngeo recurrente (*flecha negra*), nervio vago y vértice pulmonar (*flecha blanca*). Se completó la resección del adenoma (*asterisco*) sin necesidad de abordaje de la cavidad torácica y sin complicaciones intraquirúrgicas. Se obtuvo un descenso de la PTH intraoperatoria, a los 15 minutos, del 78%.

El hiperparatiroidismo primario (HPT 1°) es una patología frecuente. La paratiroidectomía es el tratamiento de elección con una tasa de curación del 96-98% en centros de experiencia. El adenoma paratiroideo ectópico es una causa rara de HPT 1°. La localización mediastínica representa el 25% de ellos. La mayoría de estos adenomas se localizan adyacentes al timo superior. La exploración mediastinal para reseccionar las paratiroides ectópicas se requiere en el 2% de los casos.

En su mayoría pueden ser extirpados por abordaje cervical; sin embargo, se requiere un abordaje transesternal o trans-torácico cuando la localización es profunda en la cavidad torácica.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

Jesse Hu, Ngiam KY, Parameswaran R. Mediastinal parathyroid adenomas and their surgical implications. *Ann R Coll Surg Engl.* 2015; 97:259-61.
Medrano C, Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Boley TM, Shawgo T, Grusch A. Thoracoscopic resection of ectopic parathyroid glands. *Ann Thorac Surg.* 2000; 69:221-3.

Wan Kee K, Dong Kwan K, See Hoon C, Hyeong RK, Yong HK, Seung-II P. Intrathoracic parathyroid adenomatosis: A Case Report. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2013; 46:302-4.

Young SK, Jhingook K, Sumin S. Thoracoscopic removal of ectopic mediastinal parathyroid adenoma. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2014; 47:317-9.