

Adenoma Paratiroideo Hiperfuncionante

Presentación de un Caso Clínico *

Dr. Luis Arturo Ayala **

Dr. Antonio París P. ***

Dr. Guillermo Colmenares A. ****

Dr. Antonio Clemente H. *****

INTRODUCCION:

Anatómicamente, las glándulas paratiroides fueron notadas por primera vez por Remak (1855) y Virchow (1863) quizás la publicación que más resonancia tuvo fue la de Sir R. Owen en 1852. Sin embargo, mejor descripción anatómica e histológica es debida a Ivar Sandstrom en 1878. La relación existente entre las glándulas paratiroides y la tetania post-tiroidectomía fue clarificada por el fisiólogo francés Eugene Gley en 1891. Posteriormente Loeb y Voegtlin demostraron que la ablación de las paratiroides en el post-operatorio y la tetania subsecuente ocurría luego de que los niveles de calcio disminuyen en forma considerable. Von Recklinghausen describe la osteitis fibrosa quística (1891) como clásico ejemplo de trastorno del metabolismo del calcio, sirviendo de base para diagnóstico de enfermedad paratiroidea; relación que fue confirmada por Askanazy en 1903. Salvassen (1921) establece la relación entre tetania paratiroidea y calcemia. En 1924 Hanson y Collip preparan extracto paratiroideo y es Mandl (2) en 1926 quien opera una osteitis fibrosa quística practicándole extirpación de un adenoma paratiroideo y es en 1938 cuando el Dr. A. Borjas, extirpa en Venezuela un adenoma paratiroideo (3). Esta patología, el adenoma, no es muy frecuente y menos el adenoma palpable e hiperfuncionante, existiendo en la literatura mundial pocos casos, debido al

* Trabajo realizado en el Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas.

** Instructor de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C". Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

*** Residente de 3º año de Post-Grado de Cirugía General. Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

**** Instructor de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" Servicio de Cirugía III. Hospital Universitario de Caracas.

***** Jefe de la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "C" y Jefe de Servicio de Cirugía III Hospital Universitario de Caracas.

Trabajo presentado en el XIII Congreso Venezolano de Cirugía. Barcelona, Marzo 1975.

hecho de ser el adenoma palpable e hiperfuncionante el caso por nosotros intervenido es lo que nos impulsó a su presentación.

RESUMEN DEL CASO:

Paciente masculino, de 30 años de edad, soltero, quien refiere comienzo de su enfermedad en 1970 cuando presenta tumoración nasofeniana derecha, le es extirpada siendo el diagnóstico anatomopatológico: Tumor de células gigantes. En Marzo de 1971 presenta tumoración a nivel de 1/3 superior de pierna derecha, dolorosa. Ingresa al Hospital Universitario en 1971 para estudio. Durante el curso de su hospitalización es estudiado por el Servicio de Traumatología donde se le practica biopsia del tumor, se le practican calcemias seriadas las cuales reportaron valores altos de las mismas, el test de Howard fue compatible con hiperparatiroidismo. Por tal motivo es reexaminado apreciándose una tumoración en región lateroanterior de cuello de 7 por 5 cms. Se le practica cintilograma paratiroideo encontrándose una zona hipercaptante compatible con adenoma paratiroideo. El día 31-1-72, se le practica extirpación de adenoma paratiroideo evolucionando satisfactoriamente.

COMENTARIOS:

El hiperparatiroidismo primario, considerado en una oportunidad como una enfermedad rara, es en los actuales momentos diagnosticada con mayor frecuencia (4). Aunque el cuadro clínico es variable, las formas más comunes de manifestarse siguen siendo las descritas por Albright y Reifstein: litiasis renal, manifestaciones óseas y síntomas no específicos variables tales con historia de úlcera gástrica, dolor abdominal inespecífico, constipación, náuseas, vómitos y síntomas compatibles con pancreatitis, cansancio, irritabilidad, pérdida de peso, etc. (5).

En raras ocasiones el adenoma productor de hormona paratiroidea se manifiesta de forma palpable como ocurrió en nuestro caso (6,7,8). Una vez que se sospeche probable hiperfuncionamiento paratiroideo los hallazgos elementales de laboratorio que van a ser útiles para confirmar el diagnóstico clínico son: hipercalcemia sostenida por encima de 11 mgr% en las varias determinaciones (9), acompañándose generalmente de valores de fósforo (menos de 2,5 mgrs% y una fosfatasa alcalina elevada (10-11). En una gran mayoría de pacientes se encuentra una elevada excreción de calcio en orina de 24 horas. Es de ayuda el estudio radiológico de estos pacientes, las lesiones radiológicas más frecuentes son la litiasis renal, a estas le siguen anomalías del sistema óseo que van desde evidencias de osteosclerosis hasta osteitis fibrosa y calcificaciones ectópicas (12,13). Es de ayuda en adenomas palpables, el estudio radiológico del cuello para detectar calcificaciones a nivel del adenoma. Existen una serie de métodos más sofisticados y por lo tanto de difícil realización en nuestro medio, que nos llevan a obtener un diagnóstico más preciso. Entre estos métodos tenemos la arteriografía, venografía, cintilograma con selenometionina 75, la linfografía tiroidea y la determinación de hormona paratiroidea con inmunoensayo (14). La arteriografía permite identificar la glándula hipertrófica en un 50% de los casos (14,15,16). La venografía tiroidea aunada al cintilograma permite confirmar el diagnóstico en un 90% de los casos. Se practica cateterismo de la cava y se lleva el cateter hasta la yugular interna y de allí a la tiroidea inferior, al mismo tiempo que se inyecta el contraste se toman muestras sanguíneas para determinación de parathormona (14,17).

El uso del cintilograma con seleniometionina 75 ha resultado infructuoso a veces debido a la interferencia que realizan el tiroides y el timo, sin embargo, es de ayuda diagnóstica (14,18).

Otros de los métodos diagnósticos es la linfografía tiroidea (19) en esta se palpa la glándula tiroidea y se inyecta de 1 a 1,5 cc de lipiodol ultrafluido, se toman radiografías en sentido anteroposterior, lateral y oblicua a los 15, 30, 60 y 120 minutos; si el nódulo palpable es de la paratiroides se verá un rechazamiento del tejido tiroideo. En 1963 con el descubrimiento de un radioinmunoensayo para la paratohormona (20) se pudo medir directamente en sangre periférica este polipeptido. Estudios hechos por Beson y Yalow (20) demostraron que en un 98% de los pacientes hiperparatiroides existía un aumento de dichos valores. El método para determinar localización de adenoma, es cateterizar las venas tiroideas y determinando niveles de paratohormonas, niveles altos unilaterales sugieren localización del adenoma, mientras que elevaciones bilaterales se observan en hiperplasia (15,21). Por último como método diagnóstico para localización de adenoma tenemos el uso del azul de toluidina (22,23) Yeager lo administra por vía intraarterial (a través de la tiroidea inferior), aunque ha sido descartado por algunos autores, este lo recomienda siempre y cuando la dosis no sobrepase los 7 mg/Kg peso.

CONCLUSIONES:

1. Adenoma paratiroides palpables son un hallazgo excepcional. El caso representa un ejemplo típico de hiperparatiroidismo asociado con un adenoma gigante.
2. Hiperparatiroidismo se diagnóstica hoy día cada vez con mayor frecuencia y más precozmente debido al uso rutinario de determinación de calcio y fósforo en sangre.
3. La medida del nivel de paratohormona por radioinmunoensayo es de extrema utilidad para esclarecer casos dudosos.
4. Localización preoperatoria del adenoma es posible practicando venografía selectiva con toma de muestras de sangre para determinación diferencial de paratohormona y cintilograma con seleniometionina.
5. El **hiperparatiroidismo** no es una enfermedad rara, divulgación de su existencia es importante ya que solo un alto índice de sospecha conduce al diagnóstico en nuestro medio, ya que las determinaciones de calcio no son rutinarias.

RESUMEN:

Generalmente el hiperparatiroidismo primario cursa con síntomas inespecíficos, su diagnóstico se facilita cuando la enfermedad se asocia con litiasis renal y/o patología ósea. Adenoma paratiroideo palpable es un hallazgo excepcional y solo posible luego de muchos años de evolución sin ser reconocidos. El paciente que reportamos es un caso florido de hiperparatiroidismo producido por un adenoma de 7 cm por 5 cm. El hiperparatiroidismo no es una entidad clínica rara; un alto índice de sospecha y el uso sistemático y frecuente de determinaciones de calcio y fósforo en sangre debe traer como consecuencia un incremento en el número de diagnósticos precoces.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Current Problems in Surgery. The parathyroids: progress: problems and practice. Year book Mtdical Publisher Inc. Chicago. August. 1971.
- 2 Citado por Current Problems in Surgery.
- 3 BORJAS, ALFREDO.: La primera paratiroidectomía en Venezuela por enfermedad de Von Recklinghausen. Rev. Pol. Car. VIII; 40 2728-2737. 1938.
- 4 REISS y Col.: Primary hiperparathyroidism. New England J. of Medicine. 280 No. 25; 1831-1835, 1969.
- 5 AURBACH y Col.: Hiperparathyroidism. Recent Study. Ann. of Internal Med. Vol. 79. No. 4;567-581: 1973.
- 6 Boquist y Col.: Parathyroid adenoma complicated by acute hiperparathyroidism. Report of a case. Ann. of Surg. Vol. No. 4: 593-603, 1971.
- 7 POWELL y Col.: Primary hiperparathyroidism. New England of med. Vol. 286, No. 22: 1168-1175, 1972.
- 8 CAIU-AN WANG y Col.: Large parathyroid Cyst. Mimicking thyroid nodule. Ann. Sur. Vol. 175. No. 3: 449-453, 1972.
- 9 LATIMER, A.: Parathyroid disease. Am. J. of Surg. Vol. 123, 679-685, June 1972.
- 10 GLENN, J. F.: The diagnosis of hiperparathyroidism. Urol. Int. Vol. 19 101, 1965.
- 11 KEATING, D.: Diagnosis of primary hiperparathyroidism. J. A. M. A. 178, 597, 1971.
- 12 GENANT, H. y Col.: Primary hiperparathyroidism. Radiology. Vol. 109, No. 3, 513-524. Dec. 1973.
- 13 COPE, O.: Hiperparathyroidism. Diagnosis and management. Amer. J. Surgery. 99, 394; 1960.
- 14 KREMENTZ y Col. The first 100 cases of parathyroids tumors from Charity. Hospital of Louisiana. Ann. Surg. Vol. 6, 872-883, 1971.
- 15 WELLS y Col. Repeated neck exploration in primary hiperparathyroidism: localization of abnormal glands by selective thyroid arteriography, selective venous sampling and radioimmunoessay. Surgery. Vol. 74, No. 5, 678-686. Nov. 1973.
- 16 KUNTZ y Col. Selective arteriography of parathyroid adenomas. Radiology. 102, 21, 1972.
- 17 STEPHEN, T. y Col.: Selective cateterization of the thyroids veins for prepatation and localization of parathyroids tumours. Br. J. Surg. Vol. 61, 633-637, 1974.
- 18 HAYNIE, T. y Col.: Visualitation of hyperfunctioning parathyroid adenoma.
- 19 TOMOYUKI, K. y Col.: Application of thyroid lymphography to preoperative localization of hyperfunctioning parathyroids adenomas. Ann. Surg. Vol. 179, No. 3; March15, 1973.
- 20 BERSON, S. A. y Col.: Inmunoessay of bovine and human parathyroid hormona. Proc. Nat. acad. Sci. U.S.A., 49:613, 1963.
- 21 REISS, E. CANTERBURY, J. M.: Primary hyperparathyroidism: application of radioimmunoessay to differentiation of adenoma and hyperplasia. New J. Med. 280; 13, 1969.
- 22 YEAGER, R. y Col.: Toluidine blue in identification of parathyroids glands. Ann. Surg. 169; 829-838; June 1969.
- 23 Mesa Redonda de cuello. El Médico de Venezuela. Año 2 No. 4-5, Feb. 1973.