

CC013

MASA MEDIASTINAL POSTERIOR COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE: DESAFÍO DIAGNOSTICO.

GUZMÁN, Mónica ; MUSUMECI ,Martina ;SALAS Josefina ; RODRIGUEZ Patricia; GIACOIA, Evangelina ; CORINO, Mirta
HOSPITAL NACIONAL PROFESOR ALEJANDRO POSADAS

INTRODUCCION: La presencia de tejido paratiroideo ectópico se encuentra en 9-20% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario. Las anomalías en el número y la posición anatómica son comunes. La diferenciación de tumores benignos y malignos de paratiroides es a veces difícil, en general el diagnóstico se hace sobre la base de los hallazgos clínicos y criterios histológicos, lo que constituye un verdadero desafío.

CASO CLINICO: Paciente femenina de 63 años de edad con antecedentes de nefrolitiasis, osteoporosis. Hiperparatiroidismo primario por adenomas paratiroides diagnosticado por cirugía en otro centro: paratiroidectomía inferior izquierda y derecha con resección de adenomas de paratiroides (2) y paratiroides superior izquierda con aparentemente histoarquitectura normal (agosto 2015). LABORATORIO POSTQUIRURGICO: Ca: 13.7 mg/dl, PTH: 596.8pg/ml, P: 2.1 mg/dl, Mg: 1.70 mg/dl, VitD: 16 ng/ml. Es derivada a nuestro Hospital (marzo 2016) con clínica de hipercalcemia severa sintomática, alteraciones cardiovasculares (bradicardia, QT prolongado), tendencia al sueño, poliuria, polidipsia y epigastralgia. Al ingreso: Ca: 13.7 mg/dl, albuminemia normal, P: 2.4 mg/dl, Mg: 1.6 mg/dl, PTH: 587 pg/ml, Vit D: 13 ng/ml. Evoluciona con hipercalcemia refractaria a tratamiento con bisfosfonatos y calcitonina. CENTELLOGRAMA DE PARATIROIDES Tc-99m SESTAMIBI: gran foco hipercaptante por debajo de la glándula tiroides ingresando al mediastino. RMN cuello y tórax: en el mediastino superior por detrás de la tráquea y el esófago al cual desplaza se observa una formación alargada de 29,4 mm de diámetro máximo que desplaza al esófago hacia la izquierda que podría corresponder a tumor paratiroideo sin signos de metástasis. Centellograma óseo: negativo. Videotoracoscopia: Se extrae masa mediastinal. Macroscópicamente, tumor sólido, color marrón amarillento de 5x4x1cm., con focos parciales de hemorragia, encapsulado. Peso 25 gr. PTH intraquirúrgica: Pre incisión: 843 pg/ml, 10min: 198 pg/ml, 15min: 133 pg/ml. LABORATORIO CONTROL (POSTQX): Ca: 9.6 mg/dl, P: 1.53 mg/dl, Mg: 1.7mg/ml, PTH: 101 pg/ml. Screening familiar negativo para síndromes hereditarios. ANATOMIA PATOLOGICA: Hiperplasia primaria paratiroidea. Inmunomarcación: CD34 (positivo) en endotelios vasculares: no se reconocen permeaciones intravasculares. D240 (podoplanina) positivo en endotelio de revestimiento de vasos linfáticos: no se identifican permeaciones intravasculares. S100: (positivo) en tejido nervioso: no se observa invasión perineural. Ki67: menor al 5%. Revisión de tacos de otro centro (1º Cirugía): Hiperplasia paratiroidea inferior izquierda y derecha. Alta hospitalaria con buena evolución. Lab Control (4 meses post Qx): Ca: 10.5 mg/dl, P: 2.6 mg/dl, Mg: 1.8 mg/dl, PTH: 72 pg/ml, Vit D: 31 ng/ml. Paciente en buen estado general.

COMENTARIO: Los pacientes con diagnóstico de Hiperplasia paratiroidea ectópica presentan niveles de calcemia muy elevados con signo-sintomatología florida, gran tamaño glandular y enfermedad ósea severa. Es clave el diagnóstico diferencial con síndromes genéticos, adenomas múltiples y carcinoma paratiroideo donde la anatomía patológica es sumamente valiosa en estos casos. El manejo inicial con imágenes que logren ubicación, monitoreo de PTH intraquirúrgica y la exploración cervical bilateral por el cirujano se considera fundamental en estos pacientes para evitar persistencia de la enfermedad. Nuestra paciente cumplió con los criterios clínicos y por anatomía patológica de Hiperplasia ectópica.