

Múltiples adenomas paratiroides ectópicos mediastinal como causa de hipercalcemia e insuficiencia renal

Multiple mediastinal ectopic parathyroid adenomas as the cause of hypercalcemia and renal failure

My. Lázaro L. Capote Pereira^I; T. Civ. Eliseo Capote Leyva^{II}; Cap. Jorge Barroso Cruz^{II}; Tte. Cor. Jorge E. Fuentes Abreu^{II}; My. René Rodríguez Batista^{II}; My. Iván Teuma Cortés^{II}

^I Especialista de II Grado en Nefrología. Master en Enfermedades Infecciosas y Tropicales. Instructor. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Nefrología. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta la historia clínica de una paciente de 66 años de edad con antecedentes de buena salud, que acude a consulta por decaimiento, pérdida del apetito, cifras elevadas de tensión arterial y pérdida de la elasticidad de la piel de ambos miembros inferiores. En los estudios complementarios se detectó una hipercalcemia severa, aumento de las cifras de creatinina de forma progresiva y cifras elevadas de paratohormona. Se le diagnosticó una masa en el cuello y múltiples adenomas paratiroides mediastinales por gammagrafía paratiroidea con methoxy-isobutyl-isonitrite 99 mtc y angiotomografía de mediastino. Se presenta este caso por lo inusual que resulta encontrar el hiperparatiroidismo primario como causa de insuficiencia renal rápidamente progresiva sin la presencia de nefropatía obstructiva por litiasis. Se demuestra que este diagnóstico solo es posible mediante la utilización de técnicas radiológicas combinadas.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo primario, adenoma paratiroideo ectópico, hipercalcemia e insuficiencia renal.

ABSTRACT

The medical history of a 66 years-old patient with a history of good health condition, who went to see the doctor because she felt exhausted, had lost appetite, her blood pressure figures had increased and her lower limbs had lost their elasticity. The supplementary exams showed severe hypercalcemia, progressive increase of creatinine values and high parathormone figures. The diagnosis was a mass in her neck and multiple mediastinal parathyroid adenomas, detected by parathyroid gammagraphy with methoxy-isobutyl isonitrite 99 mtc and angiotomography of the mediastinum. This case was presented in this paper because it is not common to find primary hyperparathyroidism as the cause of rapidly progressive renal failure without obstructive nephropathy due to lithiasis. It was demonstrated that this kind of diagnosis can only be made if combined radiological techniques are used.

Key words: Primary hyperthyroidism, ectopic parathyroid adenoma, hypercalcemia and renal failure.

INTRODUCCIÓN

Las causas principales de hiperparatiroidismo primario son los adenomas paratiroides (80 %), la hiperplasia paratiroidea (15-20 %) y el cáncer de la glándula paratiroides (2 %).¹ Se reporta la existencia de glándulas paratiroides ectópicas, principalmente en el mediastino paraesternal, el timo, paraesofágicas y dentro de la glándula tiroides.² Es frecuente la presentación clínica por cólicos nefríticos, por la detección de litiasis cálcicas renoureterales o por la presencia de hipercalcemia recurrente.³

La presencia de múltiples adenomas ectópicos es rara; *Rogelio Aparecido* y otros reportaron una paciente de 65 años de edad que presentó litiasis renal e hipercalcemia secundaria a adenomas múltiples.⁴ Por ser poco frecuente y estar pobremente reportado en la literatura internacional y nacional el hallazgo de múltiples adenomas paratiroides mediastinales acompañando a un adenoma paratiroideo en la base del cuello, por lo inusual que resulta encontrar el hiperparatiroidismo primario como causa de insuficiencia renal rápidamente progresiva sin la presencia de nefropatía obstructiva por litiasis, motivó reportar esta paciente.

CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de 63 años de edad, con antecedentes de buena salud, que 5 meses antes del diagnóstico presentó decaimiento, debilidad en miembros inferiores, pérdida del apetito, nicturia y cifras elevadas de presión arterial. No tenía anemia y las cifras de creatinina se encontraban dentro de límites normales. En los meses posteriores este cuadro empeoró, la hipertensión arterial se hizo más difícil de controlar y se detectó un aumento paulatino de las cifras de creatinina, anemia ligera, eritrosedimentación acelerada y endurecimiento de la piel, como un

encartonamiento, difícil de desplazarla sobre los planos profundos, principalmente en ambas piernas. Presentó cifras elevadas de calcio (Ca) (entre 3,6 y 4,13 mmol/L), fosfatasa alcalina (FA) (1 069 -1 661 μ /L), creatinina sérica (CrS) (119-800 μ mol/L) y PTH intacta (más de 1 037 pg/mL). El ultrasonido de tiroides y paratiroides fue normal. En la biopsia de piel se observaron depósitos de calcio, paniculitis y zonas de fibrosis. En la tomografía contrastada de cuello se detectó una imagen nodular paraesofágica a nivel del esófago cervical de densidad tumoral ([fig.1](#)) y en la gammagrafía de paratiroides con methoxy-isobutyl-isonitrite 99 mtc (MIBI Tc. 99) se detectó una imagen de captación nodular por debajo de la glándula tiroides y 3 imágenes de captación nodular de localización paramediastinal izquierda ([fig. 2](#)) que hicieron posible el diagnóstico topográfico del hiperparatiroidismo primario.



Fig. 1. Tomografía contrastada de cuello y mediastino: corte coronal donde se observa una imagen nodular paraesofágica a nivel del esófago cervical de densidad tumoral.

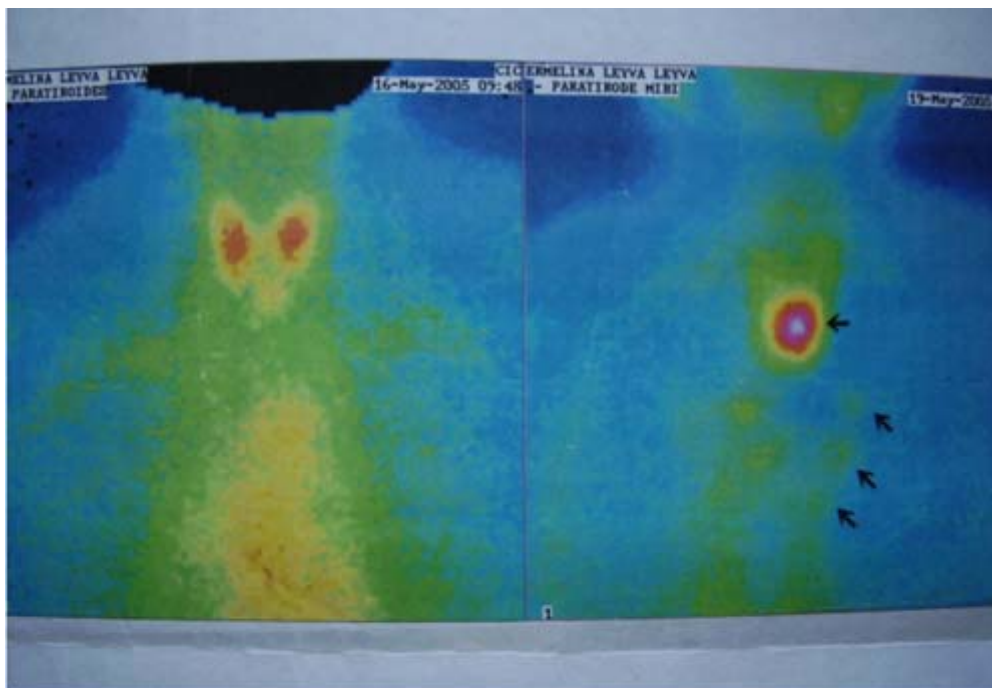


Fig. 2. A) Ganmagrafía de tiroides con ⁹⁹MTC: glándula tiroides con lóbulo derecho de tamaño normal y percusión normal del radiofármaco y lóbulo izquierdo más pequeño con percusión normal del radiofármaco. Nódulo de baja captación de radiofármaco por debajo del tiroides a nivel del cuello. B) Ganmagrafía de vista anterior del tórax tras la administración de 20 MCU de ⁹⁹MTC-MIBI: captación intensa y redondeada del radiofármaco en forma de nódulo que coincide con el descrito en el estudio A, captaciones múltiples redondeadas en el mediastino.

COMENTARIOS

Aproximadamente un cuarto de los pacientes con hiperparatiroidismo primario presentan adenomas ectópicos y de estos un 2 % se localizan en el mediastino.⁵

No es frecuente encontrar múltiples adenomas ectópicos paratiroides como causa del hiperparatiroidismo primario como ocurrió en el caso que se presenta, donde existía además una masa tumoral paraesofágica. El cólico nefrítico, la litiasis renal y la hipercalcemia son una usual forma de presentación de estos pacientes.⁶ La insuficiencia renal crónica secundaria a causas metabólicas como la hipercalcemia es otra forma de presentación y cuando el paciente presenta una insuficiencia renal avanzada, el diagnóstico diferencial entre un hiperparatiroidismo primario y secundario se hace difícil.⁶

En esta paciente se presentó una insuficiencia renal subaguda por un síndrome rápidamente progresivo de causa no glomerular, ya que hubo un aumento paulatino de las cifras de creatinina y en 5 meses se había triplicado la cifra de creatinina basal.

La insuficiencia renal se debió a la suma de factores como nefrocalcinosis, deshidratación por la poliuria secundaria a la pérdida de la capacidad de concentración urinaria por la hipercalcemia y a las lesiones tubulointersticiales de la nefropatía metabólica producida por la hipercalcemia.

En el caso que se presenta, igual que lo reportó *Lin*,⁷ el diagnóstico de los adenomas paratiroides ectópicos se hizo por tomografía y gammagrafía de paratiroides. No se pudo tomar conducta quirúrgica por el mal estado general de la paciente, secundario al deterioro de la función renal y a la necesidad de diálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez MP. Trastornos del calcio, fósforo y magnesio. En: Sellares VL, Torres AR, Hernández DM, Ayus JC. Manual de Nefrología. 2a ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2002. p. 275-98.
2. Richards ML, Bondeson AG, Thompson NW: Mediastinal parathyroid adenomas and carcinomas. In: Shields TW, LoCicero III J, Ponn RB. General Thoracic Surgery. 5th ed. Vol. 2. Philadelphia: Lippincot Williams and Willkin; 2000. p. 2383-90.
3. Adams BK, Devi RT, Al-Haider ZY. Tc-99m sestamibi localization of an ectopic mediastinal parathyroid tumor in a patient with primary hyperparathyroidism. Clin Nucl Med. 2004;29(6):388-9.
4. Dedivitis RA, Guimarães AV, Montes GB. Multiple ectopic parathyroid adenomas. Sao Paulo Med J. 2004 Jan 8;122(1):32-4.
5. Lunca S, Stanescu C, Bouras G, Vix M, Marescaux J. A difficult case of mediastinal parathyroid adenoma: theoretical and clinical considerations. Chirurgia (Bucur.) 2004;99(6):499-502.
6. Basile C, Buisson C, Scatizzi A, Drueke T, Dubost C. Severe hyperparathyroidism in 2 uremic patients. Diagnostic and therapeutic difficulties. Minerva Med. 1989;80(3):289-93.
7. Lin C-J, Wu C-J, Chen Y-C, Liu H-C, Chen H-H. Adenoma mediastinal ectópico de paratiroides en un paciente en hemodiálisis. Kidney Int. 2008;3:269-77.

Recibido: 16 de septiembre de 2008.

Aprobado: 3 de noviembre de 2008.

My. *Lázaro L. Capote Pereira*. Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto". Ave Monumental y Carretera de Asilo. Habana del Este. La Habana, Cuba.