**P 22**

**HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO ASINTOMÁTICO POR LIPOADENOMA PARATIROIDEO EUTÓPICO CON IMÁGENES DE LOCALIZACIÓN NEGATIVAS: CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.**
Cristina Goens Guzmán4, Juan Carlos Quintana Fresno1, Antonieta Solar González2, Hernán González Díaz3, Gilberto González Vicente4

1Radiología, Medicina Nuclear, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2Anatomía Patológica, Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Cirugía, Pontificia Universidad Católica de Chile, 4 Departamento Endocrinología, Pontificia Universidad Católica de Chile

**Contenido:**

El hiperparatiroidismo primario (HPT 1º) asintomático es la variedad más frecuente de HPT 1° y para el cual existen indicaciones quirúrgicas bien definidas, como edad <50 años. En tales casos, la localización preoperatoria de la o las paratiroides hiperfuncionantes es deseable para eventual cirugía mínimamente invasiva. Presentamos un paciente con HPT 1° asintomático y múltiples estudios de imágenes negativas, con hallazgo intraoperatorio de adenoma paratiroideo eutópico de 1,5cm y se discuten causas de falso negativo (FN) en estos casos.

**Caso Clínico**. Hombre, 43 años, referido por hallazgo incidental de hipercalcemia. Artrodesis de columna cervical por HNP e HTA en tratamiento desde los 28 años, sin fracturas o nefrolitiasis; AF: (-). Ex: 1,70m, 100k, PA 150/80 mm de Hg, resto normal. Estudio compatible con HPT 1° (tabla). Ecografías cervicales 2016 y 2017; MIBI-SPECT/CT 2016 y 2017, todos sin identificar paratiroides anormales. RM cervical 2018 imagen mal definida en polo superior del lóbulo tiroideo derecho. En cervicotomía exploradora, hallazgo de lipoadenoma paratiroideo de 1,5cm con escasas células oxífilas, firmemente adherido al polo superior izquierdo de tiroides, con caída> 50% y normalización de PTH intraoperatoria post resección.

**Comentario.** La sensibilidad de los estudios de localización en HPT 1° es de hasta el 78,6% para ecografía de alta resolución y 88,4% para MIBI-SPECT. En TAC-4D, RM o PET varía del 40-95%, pero la indicación preferente de éstos es en HPT1° persistente o recurrente. Existen múltiples causas de FN en estudios de localización: lesión de tamaño pequeño, ubicación, grado de hipervascularización, actividad metabólica, escasez de células oxífilas, expresión de glicoproteínas P, proteína relacionada con la multiresistencia a drogas, uso de bloqueadores de canales de calcio y PTH <200pg/ml. En nuestro caso, estimamos que las características histológicas del adenoma causante del HPT 1°, así como su ubicación y PTH <200pg/ml explicarían el resultado FN en ecografías y cintigramas; la artrodesis de columna junto al escaso grado de vascularización de la lesión afectaron el rendimiento de la RM. Este caso reafirma el concepto que en pacientes con diagnóstico bioquímico fundamentado de HPT 1° y sin cirugía previa, la ausencia de localización en estudios de imagen, no debe postergar la resolución quirúrgica del HPT 1°, si ésta es la indicación. En tales casos, sugerimos que la cirugía sea realizada por cirujano experimentado y disponiendo de PTH intraoperatoria.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **07/2001** | **07/2015** | **05/2016** | **08/2017** | **07/2018**(1er día post-op) |
| Calcemia(VN: 8,5-10,5 mg/dl) | 10,0 | 10,6 | 11,3 | 11,4 | 9,6 |
| Fosfemia(VN: 2,6-4,5 mg/dl) | 3,6 | 2,6 | 3,0 | 2,5 |  |
| Albúmina pl. (VN: 3,5-5,0 g/dl) | 4,3 |  | 4,5 | 5,2 |  |
| PTH pl.(VN: 15-65 pg/ml) |  | 92 | 98 | 104 | 23 |
| Creatinina pl. (VN: 0,7-1,2 mg/dl) | 1,22 |  |  | 1,2 |  |
| 25OHD(VN: 20-50 ng/ml) |  |  |  | 18,8 |  |
| Calciuria de 24h(VN: 50-300mg/d) |  |  | 251 | 600 |  |

\*VN: Valor normal.

**Financiamiento:** Sin financiamiento