

Adenoma gigante de la glándula paratiroides, de localización mediastinal

JOSÉ FRANCISCO FIGUEROA-SANDOVAL,
CARLOS GUZMÁN-PATRACA Y
EUGENIO AGUILAR-PARADA

Se trata de una paciente adulta con hiperparatiroidismo primario, causado por un adenoma situado en el mediastino anterior. Este último fue descubierto en una radiografía simple del tórax.

La demostración de un adenoma paratiroideo en la placa simple de tórax es excepcional; al parecer, únicamente se han descrito cuatro casos que fueron diagnosticados por medio de tal estudio radiográfico.¹⁻⁴ El presente informe agrega otro caso.

Caso clínico

Mujer de 43 años de edad, a quien seis años antes de su ingreso al Hospital de Oncología, se le había diagnosticado litiasis renal bilateral. El cuadro clínico se había iniciado súbitamente con dolor en la fosa renal derecha, hematuria macroscópica y disuria. Además de que en 1976 había sufrido fractura de Colles, el padecimiento había evolucionado con remisiones y exacerbaciones. Programada la enferma para intervención quirúrgica en enero de 1978, una radiografía posteroanterior del tórax, solicitada como estudio preoperatorio,

reveló una masa paratraqueal derecha, motivo por el cual la paciente fue enviada al Hospital.

La exploración física dio resultados esencialmente normales. Se obtuvieron los siguientes datos de laboratorio:

Sangre y suero sanguíneo

Hemoglobina, massc.: 70 g/l
Hematocrito, volfr.: 23
Urea, substc.: 22,5 mmol/l (135 mg/dl)
Creatinina, substc.: 539,2 μ mol/l (6.1 mg/dl)
Calcio, substc.: 2,9 mmol/l (11.6 mg/dl)
Fosfatos, substc.: 1,2 mmol/l (3.7 mg/dl)
Fosfatasa alcalina, fracción ósea,
cat. act.: 1,23 μ kat/l (13.7 UB/dl)
Ion sodio, substc.: 138 mmol/l
Ion potasio, substc.: 3,4 mmol/l
Ion cloro, substc.: 100 mmol/l
CO₂ total, substc.: 16,1 mmol/l
pH: 7,30

Orina

Densidad: 1004
pH: 6
Calcio, ams.: 1,8 mmol (72.5 mg/d)
Fosfatos, inorgánicos, ams.: 0,5 mmol (15.5 mg/d)

Recibido: 22 de julio de 1980.
Aceptado: 21 de noviembre de 1980.

José Francisco Figueroa-Sandoval, Carlos Guzmán-Patraca y Eugenio Aguilar-Parada. Hospital de Oncología. Centro Médico Nacional. Instituto Mexicano del Seguro Social.

La retroabsorción tubular de fosfatos fue de 55 por ciento. Las pruebas de funcionamiento tiroideo y la

gammagrafia de tiroides se encontraron dentro de los límites normales.

En la placa de tórax, se observó un ensanchamiento del mediastino superior, causado por una tumoración de bordes bien definidos, de 3 cm de diámetro, con prominencia del lado derecho (fig. 1 y 2). Las radiografías de los huesos largos revelaron reducción aparente de la densidad ósea y las de las manos, resorción subperióstica y pequeñas lesiones quísticas (fig. 3). En la placa simple de abdomen se observaron litiasis renal bilateral y nefrocalcinosis (fig. 4).

Evolución

Ocurrió mejoría de la retención azoada, por lo que el día 16-V-78, la paciente fue sometida a mediastinotomía. Se encontró una tumoración de color amarillento que pesó 12 g y que medía 5x3x2 cm. Las demás glándulas paratiroides se encontraban en situación y eran de aspecto normales.

La tumoración fue extirpada. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de adenoma de glándula paratiroides (fig. 5-a-7).

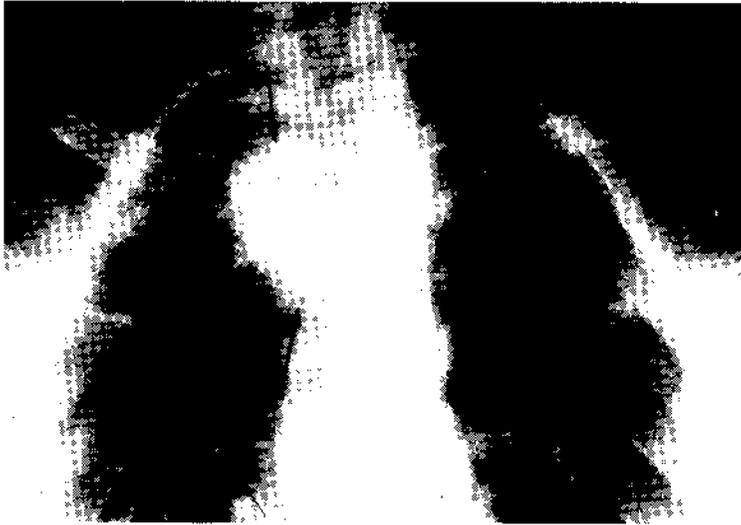


Fig. 1. Placa posteroanterior de tórax. Se observa la masa paratraqueal derecha.



Fig. 2. Radiografía lateral de tórax. La flecha indica la masa tumoral.



Fig. 3. Radiografía de mano. Se observan resorción subperióstica y lesiones quísticas.



Fig. 4. Placa simple de abdomen. Nefrolitiasis bilateral y nefrocalcinosis.

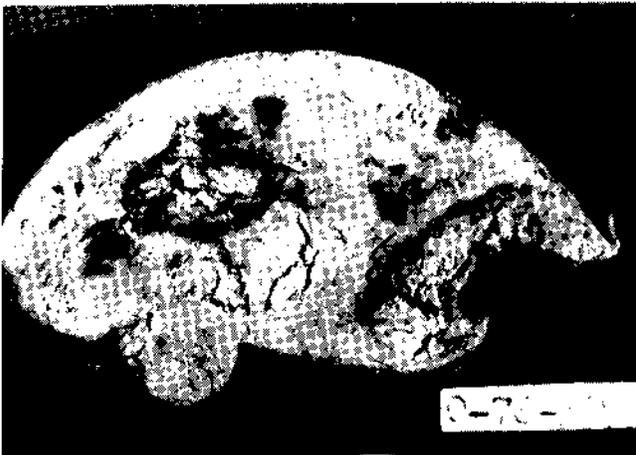


Fig. 5. Superficie de corte del adenoma paratiroideo. Se observan zonas de hemorragia reciente.

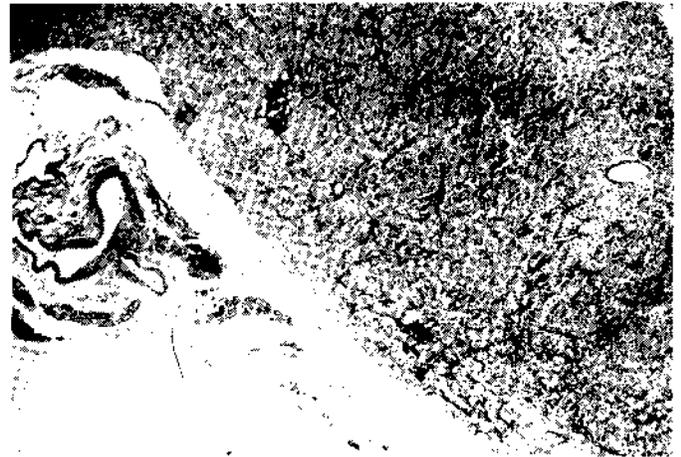


Fig. 6. Detalle microscópico del tumor, a poco aumentado. Hematoxilina-eosina 100X.



Fig. 7. Mayor aumento. Se aprecia la uniformidad de las células, algunas con signos de secreción. Hematoxilina-eosina 240X.

Se practicó también pielolitotomía derecha. La evolución fue tórpida, y la paciente falleció cuatro días después.

Comentarios

La demostración de un tumor paratiroideo funcionante en la placa simple de tórax es excepcional; puede, por lo tanto originar confusiones diagnósticas.^{5 8}

La asociación de una masa mediastinal unilateral, con lesiones osteolíticas e hipercalcemia, como ocurrió en el presente caso, puede indicar la existencia de un padecimiento maligno. Ocurre así en el carcinoma broncogénico, capaz de cursar con hipercalcemia, ya sea debida a destrucción ósea por metástasis o bien a producción de hormona paratiroidea por el propio tumor, situación esta conocida con el nombre de pseudohiperparatiroidismo. También en algunos padecimientos no malignos, como la sarcoidosis, pueden presentarse lesiones osteolíticas e hipercalcemia, a la vez que imágenes en las radiografías de tórax, que pueden desviar el enfoque diagnóstico y terapéutico.

En el presente caso, tanto la disminución de la

retroabsorción tubular de fosfatos, como la acidosis tubular renal, la nefrolitiasis, la nefrocalcinosis y la cronicidad del padecimiento, sugirieron el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Hanson, D. J.: *Unusual radiographic manifestations of parathyroid adenoma*. New Engl. J. Med. 267:1080, 1962.
2. Polga, J. P. y Balikiar, J.: *Partially calcified functioning parathyroid adenoma*. Radiology 99:55, 1971.
3. Selizer, S. E. y Balikiar, J.: *Giant hyperplastic parathyroid gland in the mediastinum, partially cystic and calcified*. Radiology 127:43, 1978.
4. Wyman, S. M. y Robbins, I. I.: *Roentgen recognition of parathyroid adenoma*. Am. J. Roentgenol. 71:777, 1954.
5. Norris, E. H.: *Collective review: parathyroid adenoma. Study of 322 cases*. Internat. Abst. Surg. 84:1, 1947.
6. Wood, J. W. y Johnson, K. G.: *Parathyroid cysts*. Arch. Surg. 92:785, 1966.
7. Rothmund, M. y Diethelm, L.: *Diagnosis and surgical treatment of mediastinal parathyroid tumors*. Ann. Surg. 183:139, 1976.
8. Cope, O.: *The story of hyperparathyroidism at the Massachusetts General Hospital*. New Engl. J. Med. 274: 1174, 1966.