

ADENOMA PARATIROIDEO

Dr. Guillermo Schmidt.

Si bien el adenoma paratiroideo entra en el diagnóstico diferencial de la urolitiasis recurrente, su hallazgo es infrecuente. La presentación del siguiente caso tiene por objeto enriquecer la casuística de la Sociedad de Urología, pues no se registra una presentación de esta enfermedad en los últimos 20 años.

Paciente de 41 años. Capitán de buques petroleros, fue visto por nosotros por primera vez en Mayo de 1967. Presentaba una historia de cólicos renales a repetición, de ambos lados, y pasaje en varias oportunidades de cálculos urinarios. El primer urograma endovenoso, en 1962, mostró un cálculo en el riñón izquierdo. Continuó con cólicos ocasionales, y durante los últimos cinco años fue seguido, sin diagnóstico ni tratamiento preciso. En Febrero de 1967, se efectuó un nuevo urograma, que muestra el marcado agrandamiento del cálculo, con hidronefrosis secundaria (diapositivo). Finalmente, y con motivo de que se le recomendara nefrectomía, concurre a nuestra consulta.

El exámen físico: paciente de hábito pícnico, aspecto "cushinoide", cuello corto, tórax en tonel, abdomen prominente y marcada obesidad.

Leve exoftalmía, que es rasgo familiar. Amigdalitis crónica izquierda. Tiroides levemente aumentada de tamaño, aunque de palpación difícil por la obesidad.

Presión arterial 140/80. Pulso 80, regular.

Ruidos cardíacos poco audibles, regulares.

Pulmones, murmullo disminuído.

Genitales externos sin particularidades.

Próstata globalmente aumentada de tamaño, de consistencia benigna.

Fondo de ojo: normal.

El 19 de Junio, de 1967, se internó en el Servicio de Urología del Hospital Británico, constatándose los siguientes datos de laboratorio: Glóbulos rojos 4.710.000, Blancos 6.600, Fórmula normal, Hct 43, Fosfatasa alcalina 17 KA. Resto del hepatograma normal. Acido úrico 6.8, Orina: ligeramente turbia, ácida, densidad 1008. Vestigios de proteínas, regular cantidad de uratos amorfos, escasos leucocitos y hematíes. Cultivo de orina negativo. Urea y creatinina normal.

El 21 de Junio es intervenido quirúrgicamente; por una incisión de flanco izquierdo. Se encuentra un rincón grande rodeado de gruesa capa de escleroliponosis.

Se libera el pedículo renal con considerable dificultad y se aplica un clamp de Satinski, levantando el seno renal, incisión transversa alta sobre la pelvis renal y se extrae el cálculo. A continuación, nefrectomía parcial inferior, observándose excelente hemostasia al soltar el clamp de Satinski. Se deja drenaje, cierre por planos. El análisis químico del cálculo es el siguiente: 80 % fosfato de calcio, 20 % fosfato amónico magnésico, practicado por el Dr. Fisher. El mismo día de la intervención llega del laboratorio el primer estudio de calcemia: 14.8 mg., 7.4 mg. Ca⁺⁺, fósforo 3 mg.

El post operatorio inmediato fue normal. Sin embargo, en los días subsiguientes se notó una progresiva astenia y lasitud muscular, a medida que la calcemia aumentó, llegando a 18 mg. y el fósforo descendió a 2.4 mg. Con esta evolución se sospechó la presencia de una crisis hiperparatiroidea y se efectuaron los siguientes estudios:

Radiografías de mano: (diapositivo) osteoporosis difusa de aspecto reticular con reabsorción de la cortical, típica de hiperparatiroidismo.

Calciuria: 264 mg. en 24 horas, con regimen hipocalcico.

Acidimetria gástrica y prueba de la histamina: dentro de valores normales.

Amilasa: normal, 4 unidades.

Seriada gastro-duodenal: normal, sin nicho.

Se obtuvo consulta con cirujano de cuello y preparó para exploración quirúrgica. Para disminuir la hipercalcemia se administró EDTA, agente hipocalcemiante, pero sin mayor efecto terapéutico.

Al aumentar la calcemia a 18, aparecieron cambios electrocardiográficos consistentes en cambios inespecíficos del S-T y onda T, compatibles con cambios metabólicos, (hipercalcemia?).

En esta disyuntiva nos encontrábamos con un paciente con una "tormenta hiperparatiroidea", en el cual se hacía urgente la extirpación del adenoma paratiroideo, pero en el cual el riesgo quirúrgico, sobre todo el miocardio, era excesivo. Finalmente, en consulta con el Dr. De la Valze, endocrinólogo, se le instituyó al paciente un régimen agresivo de movilización activa y pasiva, con el objeto de depositar calcio en el sistema óseo. Este régimen fue exitoso, pues el calcio descendió a 12 mg. % y mejoraron los cambios electrocardiográficos.

El 15 de Julio, el Dr. Gerardo Caldwell exploró el cuello encontrando un gran adenoma paratiroideo, (diapositivos). Este era una formación ovoidea capsular de 3 cm. en su diámetro mayor, de 29,300 grs. de peso recostado en el borde lateral del lóbulo derecho.

De consistencia firme, al corte tenía una superficie blanca amarillenta homogénea con áreas hemorrágicas (diapositivo).

El estudio histológico, practicado por el Dr. Allan Murray, informa lo siguiente: Glándula enormemente voluminosa, contiene abundantes vasos venosos, algunos muy dilatados, y con algún pigmento hemático fagocitado. Las células principales y oxífilas se disponen alrededor de los vasos en cordones o formando pequeños redondeados. Hay zonas con núcleos gigantes, aunque no son numerosos. Diagnóstico: adenoma de paratiroides.

El post operatorio se caracterizó por retención aguda de orina, ya evidente en la sala de recuperación y que necesitó sondaje vesical. Al repetirse ésta, fue necesario dejar sonda permanente durante varios días. Nuevamente se constató la presencia de un gran adenoma de próstata en este paciente de 41 años.

Los días subsiguientes a la paratiroidectomía fueron muy benignos, habiendo una rápida mejoría y desaparición de la marcada lasitud preoperatoria. Al descender la calcemia a valores normales, se notaron signos clínicos de hipocalcemia, principalmente parestesias peribucales y podales que generalmente mejoran con la administración adicional de calcio y Vitamina D. Estos signos se hacen visibles sobre todo después de ejercicios físicos, como subir escaleras. Los síntomas de prostatismo han ido en mejoría, y la actitud actual es expectante. El estado general del paciente se ha normalizado, no habiendo nuevos síntomas referentes a la glándula paratiroidea, ni al aparato urinario.

COMENTARIO

Presentamos un caso de adenoma paratiroideo, notable por su agravación en forma de "tormenta hiperparatiroidea" en el postoperatorio de una pielolitotomía y nefrectomía polar.

La sintomatología que presentó se caracterizaba principalmente por debilidad muscular, náusea, semiletargia, poliuria, polidipsia, constipación y cambios electrocardiográficos, mientras la calcemia subía de 14 a 18 mg. % y la fosfatemia descendía de 3 a 2.4. Interpretamos que la agravación del cuadro se facilitó por el reposo del postoperatorio y la movilización del calcio esquelético y esto fue substanciado por la mejoría obtenida con la movilización activa y pasiva del paciente, por personal de Rehabilitación.

ADENOMA PARATIROIDEO

Mencionamos el fracaso de EDTA como agente hipocalcemiante en este caso. El caso es notable también por la paucidad de síntomas clínicos pre-operatorio de hiperparatiroidismo, en vista de los avanzados cambios metabólicos y óseos, y del gran tamaño del adenoma (29 gms.). La abultada literatura mundial sobre el tema indica la incidencia de adenoma paratiroideo de entre 2 y 10 % de todos los pacientes portadores de cálculos urinarios.

En buena medida la frecuencia de su hallazgo depende de la calidad del laboratorio y del número de determinaciones de calcemia, que sigue siendo la prueba de mayor valor clínico.

SR. PRESIDENTE. En consideración.

Dr. REBAUDI. En el año 1966 presenté con el doctor Alonso y el doctor Dominguez, un caso de litiasis recidivante. Se comprobó el adenoma paratiroideo, se hizo la extirpación, y el enfermo, desde hace tres años no tiene más litiasis renal. Fue presentado a esta Sociedad en esa época.

DR. SCORTICATI. Quería preguntar ¿qué lo llevó a hacer la nefrectomía parcial?

DR. SCHMIDT. Había una dilatación del caliz y tenemos por norma hacerlo. Fue con el objeto de prevenir la (ectasia) urinaria.

DR. GHIRLANDA. Se hicieron el estudio anatómopatológico, del trozo del parénquima renal, qué sacaron. Primero para averiguar si había lesiones renales incipientes, y después, para averiguar si había lesiones del epitelio.

DR. SCHMIDT. Efectivamente, se hizo el estudio. En cuanto a lo segundo debo contestar que no; era una pielonefritis inespecífica.