

Adenoma de paratiroides en la edad preescolar

E. García García^a, M.D. López Moreno^b, M.I. Valenzuela Serrano^c y J.P. López Sigüero^aUnidad de ^aEndocrinología Pediátrica y ^cServicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. ^bServicio de Pediatría. Hospital de la Axarquía. Vélez-Málaga.

(An Esp Pediatr 2000; 53: 277-279)

El hiperparatiroidismo primario es una entidad rara en la infancia. La forma neonatal se produce por hiperplasia de las glándulas paratiroides. En el resto de edades pediátricas las formas esporádicas se deben principalmente a adenomas y las familiares a hiperplasia. Los adenomas se presentan generalmente en adolescentes. En el caso que se describe, un adenoma de paratiroides fue extirpado en una niña de 11 años con antecedente de hipercalcemia esporádica desde los 5,5 años de edad, descubierta en una analítica y sin presentar síntomas ni complicaciones debidas a ella. Los estudios de imagen preoperatorios, entre ellos la gammagrafía con ^{99m}Tc-sestabimi, localizaron la lesión y la intervención normalizó la calcemia. El adenoma de paratiroides se presenta también en la edad preescolar y su diagnóstico puede demorarse por la ausencia de síntomas.

Palabras clave:

Hipercalcemia. Hiperparatiroidismo. Neoplasias de paratiroides. Niño.

PARATHYROID ADENOMA IN PRE-SCHOOL AGE CHILDREN

Primary hyperparathyroidism in children is rare. The neonatal form involves hyperplasia of the parathyroid glands. In older children sporadic forms are usually due to an adenoma and familial forms are generally due to hyperplasia. Adenoma usually presents in adolescents. In the case presented herein, a parathyroid adenoma was excised from an 11-year-old girl with a history of sporadic hypercalcemia from the age of 5.5 years. The disease was discovered in serum chemistry and the patient presented no symptoms or conditions associated with hypercalcemia. Diagnosis was by preoperative imaging studies including ^{99m}Tc-sestabimi and surgical intervention stabilized calcium levels. Parathyroid adenoma occurs in pre-school age children and its diagnosis may be delayed because of the absence of symptoms.

Key words:

Hipercalcemia. Hyperparathyroidism. Parathyroid neoplasms. Child.

INTRODUCCIÓN

El hiperparatiroidismo primario (HP) es una entidad muy infrecuente en la infancia^{1,2}. Si bien afecta a 1-3 por 1.000 individuos de la población general, menos del 2% son niños³. De los casos infantiles, el 40% son neonatales y se deben a hiperplasia generalizada del tejido paratiroideo. En el resto de las edades pediátricas, el 80% de los casos de HP corresponden a adenomas que suelen presentarse en mayores de 10 años². Se presenta un caso de HP debido a adenoma de paratiroides de aparición en la edad preescolar (5,5 años).

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer de 11 años remitida para estudio de hipercalcemia e hipercalcemia. Hija de padres sanos, no consanguíneos, ambos con calcemia normal, así como su hermana de 3 años. A los 5,5 años se estudió por presentar talla en percentil 11 y se descubrió calcemia de 11,6 mg/dl, fosforemia de 3,9 mg/dl y cociente calcio/creatinina en orina de 0,8. Se ha mantenido siempre asintomática, con presión arterial y desarrollo ponderal normales (la talla diana se encontraba en el percentil 10) y persistiendo las alteraciones bioquímicas referidas.

El valor de parathormona intacta era de 97 pg/ml. El mapa óseo y la ecografía renal y de vías urinarias fueron normales. La ecografía de cuello (fig. 1) y la gammagrafía con tecnecio-sestamibi (fig. 2) presentaron imágenes compatibles con adenoma de paratiroides izquierdo. La cirugía evidenció una tumoración de 15 mm en la glándula paratiroides superior izquierda adherida a la pared esofágica, siendo la inspección del resto de las glándulas normal. En el postoperatorio inmediato la paciente presentó parestesias y signo de Trousseau positivo con calcemia de 7,7 mg/dl. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de adenoma de paratiroides (fig. 3). Al mes de la intervención la calcemia era de 9,9 mg/dl y la fosforemia de 4,5 mg/dl.

Correspondencia: Dr. E. García García. Unidad de Endocrinología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. Av. Arroyo de los Ángeles, s/n. 29011 Málaga. Correo electrónico: EMIGAGA@santandersupernet.com

Recibido en mayo de 2000.

Aceptado para su publicación en junio de 2000.

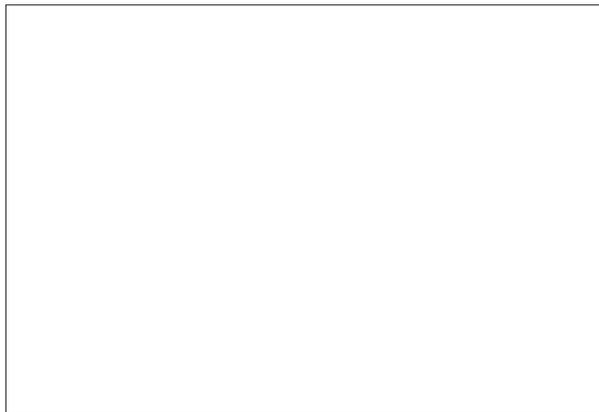


Figura 1. Imagen ecográfica que presenta un nódulo hipocogénico adyacente al esófago en situación posteroinferior lateral izquierda en relación al tiroides.

DISCUSIÓN

El HP en la infancia, excluyendo el período neonatal, se debe en el 80% de los casos a adenomas de paratiroides, el 18% a hiperplasias y el 2% a carcinomas². Las formas esporádicas son las más frecuentes y suelen corresponder a adenomas y presentarse en mayores de 10 años⁴, aunque recientemente se ha comunicado un caso en un niño de 8,5 años⁵. Las formas hereditarias se relacionan con hiperplasia y excepcionalmente con adenomas⁴. En niños y adolescentes es más frecuente en varones (relación 3:2)^{6,7}, al contrario que en adultos donde predomina el sexo femenino. En neonatos afecta por igual a ambos sexos⁸.

No existen diferencias entre la forma de presentación clínica en adultos y niños, si bien en estos últimos las formas asintomáticas son menos frecuentes al realizárseles menos analítica², y hay una mayor proporción de casos con manifestaciones tales como lesiones óseas, náuseas, pérdida de peso y cambios de personalidad^{6,9,10}. En una serie recientemente publicada de 33 casos de HP esporádico en niños y jóvenes sólo un 6% de los pacientes estaban asintomáticos, aquellos con hipercalce-

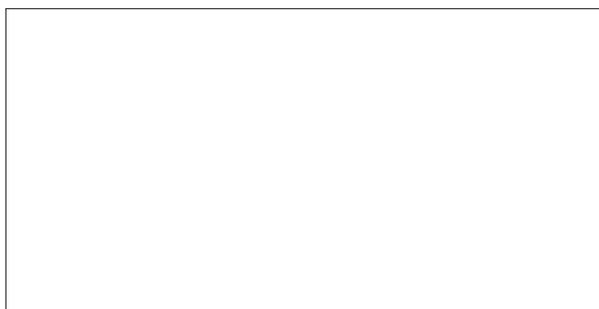


Figura 2. Gammagrafía con tecnecio-sestamibi. A la izquierda, imagen precoz que revela la captación por tiroides y paratiroides. A la derecha imagen tardía donde persiste un foco de captación correspondiente a adenoma de paratiroides izquierdo.

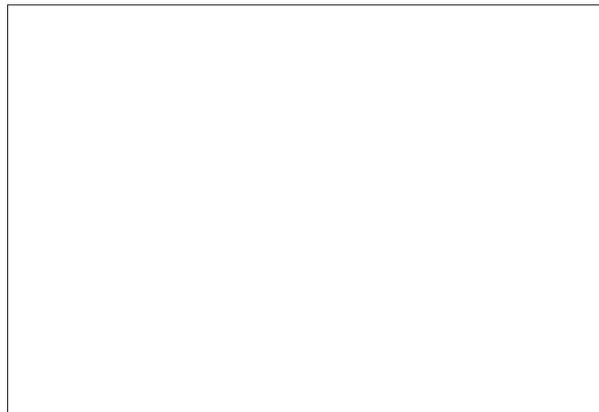


Figura 3. Adenoma de paratiroides de células principales.

mia moderada y adenomas pequeños¹¹. En nuestra paciente, cuya calcemia no sobrepasó nunca los 11,6 mg/dl, no se evidenció ninguna manifestación ni complicaciones del HP (si bien no se dispuso de estudio de densidad ósea), a pesar de la larga evolución del cuadro por la demora en el diagnóstico.

El uso de técnicas de imagen preoperatorias es un tema controvertido. La gammagrafía de tecnecio-sestamibi ha demostrado una sensibilidad entre un 67 y un 96% en la localización de adenomas y entre un 45 y un 60% para hiperplasia, siendo el método de elección²⁻¹⁵. En nuestro caso, los hallazgos de esta técnica y los de la ecografía coincidieron con el diagnóstico quirúrgico final.

Nuestra paciente presenta un HP esporádico por adenoma de paratiroides con aparición en la edad preescolar y ausencia de manifestaciones clínicas a pesar de la larga evolución hasta su diagnóstico y tratamiento. El desarrollo de la atención pediátrica, con aumento de los estudios analíticos en los primeros años de la vida, puede aumentar la incidencia de HP en esta edad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Levard G, Gaudelus J, Cessans C. Primary hyperparathyroidism in children. *Ann Chir* 1992; 46: 653-658.
2. David L. L'hyperparathyroïdie primitive chez l'enfant. *Pédiatrie* 1993; 48: 431-434.
3. Kelly TR. Primary hyperparathyroidism. A personal experience with 242 cases. *Am J Surg* 1980; 140: 632-635.
4. Allo M, Thompson NW, Harness JK, Nishiyama RH. Primary hyperparathyroidism in children, adolescents, and young adults. *World J Surg* 1982; 6: 771-776.
5. Sarquis M, Friedman E, Boson WL, Gómez RS, Dias AF, De Marco L. Microsatellite instability in sporadic parathyroid adenoma. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85: 250-252.
6. Mannix H Jr. Primary hyperparathyroidism in children. *Am J Surg* 1997; 129: 528-531.
7. Loh KC, Duh QY, Shoback D, Gee L, Siperstein A, Clark OH. Clinical profile of primary hyperparathyroidism in adolescents and young adults. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1998; 48: 435-443.

8. Allo M, Thompson NW. Familial hyperparathyroidism caused by solitary adenomas. *Surgery* 1982; 92: 486-490.
9. Damiani D, Aguiar CH, Bueno VS, Montenegro FL, Koch VH, Cocozza AM et al. Primary hyperparathyroidism in children: patient report and review of the literature. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1998; 11: 83-86.
10. Huang CB, Huang SC, Chou FF, Chen WJ. Primary hyperparathyroidism in children: report of a case and a brief review of the literature. *J Formos Med Assoc* 1993; 92: 1095-1098.
11. Harman CR, Van Heerden JA, Farley DR, Grant CS, Thompson GB, Curlee K. Sporadic primary hyperparathyroidism in young patients: a separate disease entity? *Arch Surg* 1999; 134: 651-655.
12. Berna L, Piera J, Rodriguez-Espinosa J, Caixas A, Puig-Domingo M, Farrerons J et al. Estudio isotópico con ^{99m}Tc -sestamibi doble fase en la localización de lesiones de las glándulas paratiroides. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 201-205.
13. Lee VS, Wilkinson RH Jr, Leight GS Jr, Coogan AC, Coleman RE. Hyperparathyroidism in high-risk surgical patients: evaluation with double-phase technetium-99m sestamibi imaging. *Radiology* 1995; 197: 627-633.
14. Heller KS, Attie JN, Dubner S. Parathyroid localization: inability to predict multiple gland involvement. *Am J Surg* 1993; 166: 357-359.
15. Mitchell BK, Kinder BK, Cornelius E, Stewart AF. Primary hyperparathyroidism: preoperative localization using technetium-sestamibi scanning. *J Clin Endocrinol Metab* 1995; 80: 7-9.