

# Desafios da paratiroidectomia – caso clínico

## Introdução

Os desafios da paratiroidectomia incluem a grande variabilidade anatómica da paratiroide, limitações dos métodos de localização e a possível existência de glândulas supranumerárias. A incorreta identificação da paratiroide hiperplasiada é a principal causa de hiperparatiroidismo primário persistente.

## Caso Clínico

Mulher, 47 anos.

### Antecedentes:

- Tiroidectomia total por Carcinoma Papilar Esclerosante em 2010;
- Hiperparatiroidismo primário detetado em 2015, tendo realizado ecografia com identificação na loca cirúrgica esquerda de nódulo sólido submetido a biópsia e caracterizado como adenoma da paratiroide e cintigrafia das paratiroides com foco de hipercaptação em localização cervical paramediana esquerda.
- 2016 - Tentativa de paratiroidectomia inferior esquerda cujo estudo histológico revelou metástase de carcinoma papilar da tireoide. Submetida a ablação com Iodo 131.
- 2018 - Exploração paratiroideia mas não foi encontrado o adenoma.

Enviada a ULS de São João em 2020.

**Sintomatologia:** dor osteo-articular e muscular, história de fraturas, fadiga, litíase renal e depressão.

**Estudo analítico:** PTH 163 (12-72) pg/ml, cálcio 4.5 (4.2-5.1) mEq/L, fósforo 2.7 (2.7-4.5) mg/dl, T4 1.84 (0.7-1.9) ng/dl, TSH 0.462 (0.3-4.2) µIU/ml, Tg < 0,2 (1.6-59.9) ng/ml, Ac anti-Tg <10 (0-115) U/ml, albumina 44 (38-53) g/L, calciúria 4.1 (5-12) mEq/24h.

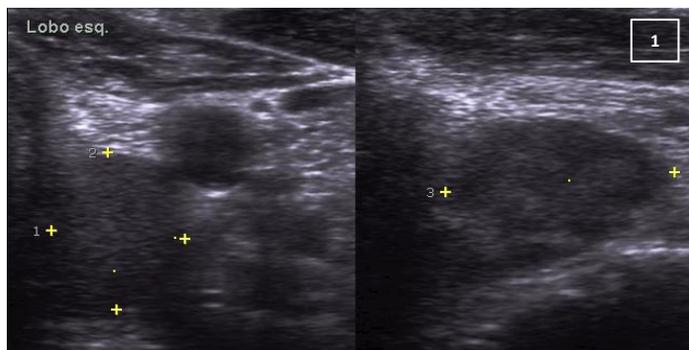


Figura 1: **Ecografia** - formação nodular hipoecoica de 13x11x18 mm na região posterior da loca tireoideia esquerda, compatível com paratiroide hiperplasiada.

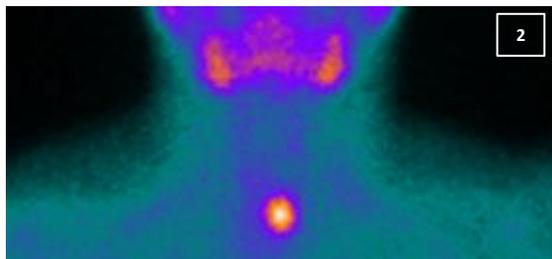


Figura 2: **Cintigrafia** - captação cervical paramediana esquerda.

Submetida a paratiroidectomia eco-guiada por abordagem medial ao músculo esternocleidomastoideu com auxílio de neuromonitorização e doseamento de PTH (inicial da cirurgia: 144 e final: 30 pg/ml). Alta em D2 pós-operatório, sem intercorrências.

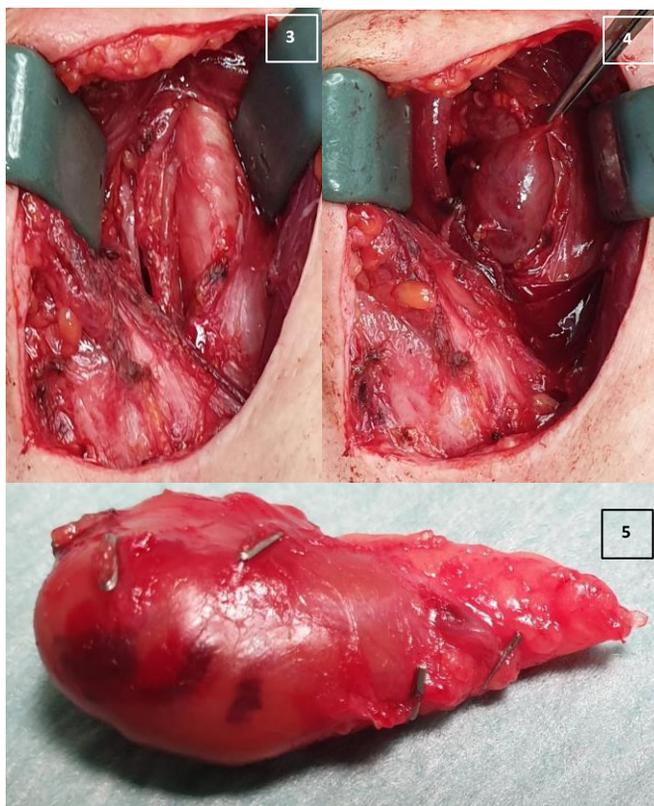


Figura 3 e 4: Identificação intra-operatória de paratiroide hiperplasiada em localização pré-vertebral após disseção pelo bordo medial da carótida comum.  
Figura 5: Peça cirúrgica de aspeto nodular de 2,297g e 2,8x1,4x0,9cm.

O **exame histológico** confirmou adenoma/hiperplasia da paratiroide.

Em consulta de **follow-up em 6 semanas** referia menos dor osteo-articular e muscular e apresentava PTH = 24.2 pg/ml, cálcio 4.8 mEq/L. **4 anos após** cirurgia mantém normais valores de PTH.

## Discussão

No hiperparatiroidismo primário recomenda-se sempre a obtenção de 2 métodos de localização concordantes da paratiroide hiperplasiada (idealmente 1 funcional e 1 topográfico), sendo fulcral a correta interpretação destes exames.

Casos de reexploração cirúrgica devem ser realizados por cirurgiões experientes pela maior dificuldade e risco de complicações, aconselhando-se uma abordagem diferente da anterior para evitar áreas de fibrose. Para além disso a utilização de ecografia e o doseamento de PTH intra-operatório, bem como a neuromonitorização contribuem para o sucesso do tratamento cirúrgico.

## Bibliografia