

AUTOR/ES: Jaime Ruiz-Tovar, Miguel Gras

INSTITUCIÓN: Hospital Ramón y Cajal (Madrid)

INTRODUCCIÓN

El abordaje unilateral en la cirugía del adenoma solitario de paratiroides está ampliamente aceptado por sus ventajas estéticas y ser un procedimiento mínimamente invasivo.

Sin embargo, cuando la glándula patológica no es fácilmente detectada, dificulta mucho su búsqueda y facilita la yatrogenia.

CASO CLÍNICO

Varón de 69 años, con antecedentes de cólicos nefríticos de repetición, calcemias y niveles de PTH elevados, es diagnosticado de adenoma paratiroideo inferior izquierdo. Se decidió extirpar la glándula patológica a través de una pequeña incisión en la cara lateral del cuello. Se identificó una estructura que macroscópicamente parecía una glándula paratiroides aumentada de tamaño, se extirpó y se envió para estudio histológico intraoperatorio, siendo informado como tejido adiposo, aunque la muestra había llegado muy deteriorada. Los niveles de PTH séricos 15 minutos después de la extirpación de esta estructura fueron 100 pg/ml (PTH preoperatoria 160 pg/ml). Se continuó la búsqueda, no identificando más tejido paratiroide. Durante la disección se visualizó mucosa esofágica, lo que indicaba una apertura accidental del esófago, suturándose la perforación con puntos sueltos. En el postoperatorio el paciente comenzó con fiebre y salida de material purulento a través de la herida quirúrgica. Una radiografía de tórax mostró un enfisema subcutáneo y una TC cervical objetivó una colección de 3 cm en el lecho quirúrgico, con trayecto fistuloso hacia piel y contacto con el esófago, sugestivo de fístula faringoesofágica. Se drenó la colección a través de la herida quirúrgica y se instauró nutrición parenteral durante 3 semanas. Una cine-radiografía con contraste no mostró fístula faringoesofágica y se reinstauró alimentación oral sin incidencias.