

# Capítulo 7

## HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO POR ADENOMA DE PARATIREÓIDE: RELATO DE CASO



# HIPERPARATIREOIDISMO PRIMÁRIO POR ADENOMA DE PARATIREÓIDE: RELATO DE CASO

## PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM BY ADENOMA OF PARATHYROID: CASE REPORT

Julia Coser Seraphim<sup>1</sup>

**Resumo:** Introdução: O Hiperparatireoidismo Primário (HPTP) é um distúrbio endócrino relativamente comum sendo a causa mais comum de hipercalcemia em pacientes ambulatoriais (MARQUES; MOREIRA, 2020). Seu diagnóstico se baseia em dosagens elevadas dos níveis de PTH em pacientes hipercalcêmicos (DELGADO-GOMEZ et al., 2020). O perfil bioquímico mais frequente é o de hipercalcemia, hipofosfatemia e níveis elevados de paratormônio (MARQUES; MOREIRA, 2020). O HPTP é mais comum em mulheres do que em homens e aumenta com o envelhecimento em ambos os sexos (MARQUES; MOREIRA, 2020). A grande maioria dos casos (80 – 85%) são causados por um adenoma isolado de uma glândula paratireóide e apenas 2% por carcinoma de paratireóide (XAVIER, 2020). As manifestações clínicas devem-se aos efeitos do aumento da secreção do PTH e do aumento do valor do cálcio sérico, podendo apresentar nefrolítiase, doença óssea, manifestações gastrointestinais, manifestações neuropsiquiátricas, e sintomas inespecíficos, que podem ser atribuídas à hipercalcemia como anorexia, náuseas, obstipação, polidipsia e poliúria (MARQUES; MOREIRA, 2020). A paratireoidectomia é o tratamento padrão - ouro (XAVIER, 2020). A redução dos valores séricos do PTH em 50% ou mais em relação aos níveis anteriores sugere que a paratireoidectomia foi bem-sucedida e o cálcio sérico retorna ao valor normal após 24 – 72 horas (RODRIGUEZ et al., 2021). Se a cirurgia não puder ser realizada, o manejo clínico é indicado (GUZMAN; ARIBA, 2021).

---

<sup>1</sup> Médica graduada pela Faculdade Brasileira Multivix Faculdade Brasileira Multivix.



Objetivos: Relatar o caso de uma paciente com hipercalcemia e níveis elevados de paratormônio, sua evolução diagnóstica e conduta. Relato de caso: Paciente feminina, 60 anos, foi encaminhada ao Hospital referência por apresentar elevação dos níveis do cálcio sérico em exames realizados previamente (13,9mg/dL). Queixava-se também de poliartralgia, hiporexia, exacerbação dos sintomas depressivos, náuseas e vômitos frequentes. Possuía história patológica pregressa de hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia, hipotireoidismo, hiperuricemia, doença renal crônica não dialítica e depressão, em uso contínuo de losartana, hidroclorotiazida, alopurinol, levotiroxina, escitalopram, clonazepam, com infecção prévia pelo vírus SARS-COV-2 há 10 meses. Negava litíase renal, fraturas patológicas e outras doenças. Apresentou descompensação das doenças de base, com descontrole pressórico, perfil lipídico e piora dos sintomas neuropsiquiátricos. Ao exame físico, à palpação cervical notava-se um nódulo à direita próximo à tireóide, de aproximadamente 2 cm de diâmetro e consistência fibroelástica. A tireóide apresentava-se com tamanho e consistência normais. O restante do exame físico era normal. Dentre os exames laboratoriais admissionais, destacou-se o nível de cálcio sérico de 17,9 mg/dL e de paratormônio de 1880 pg/mL. Foram realizados os seguintes exames para melhor avaliação da massa cervical e pesquisa de outras possíveis lesões: Ultrassonografia de Tireóide com Doppler que evidenciou dois nódulos : N1 de 3 cm TIRADS III e N2 de 2,6 cm TIRADS III ambos em lobo direito; Punção por Agulha Fina sendo BETHESDA V no terço inferior direito e BETHESDA IV no terço superior; Cintilografia das Paratireoides apresentando Hiper captação em nódulo cervical à direita; Tomografia de Abdome : rins tópicos e de dimensões preservadas com boa diferenciação corticomedular, sem sinais de cálculos ou dilatação pielocalicinal. Sem outras alterações. Em função dos achados, foi indicado remoção cirúrgica. Foi realizado paratireoidectomia e tireoidectomia parcial direita com espécimen cirúrgica enviada ao histopatológico. O resultado da análise anatomopatológica foi de um nódulo com massa de células em padrão sólido e trabecular, com discreto pleomorfismo. A contagem de mitoses foi baixa, contando-se no máximo uma mitose em 50 campos de maior aumento. Não foram observados sinais de invasão vascular ou do tecido adjacente, caracterizando assim

um quadro morfológico compatível com adenoma de paratireóide. Paciente evoluiu bem clinicamente, com melhora da hipercalcemia, apresentando valor de 9,5 mg/dL, e do PTH com 32 pg/mL. Recebeu alta após 7 dias da cirurgia em uso de levotiroxina 25 mcg/dia, calcitriol 1 mg ao dia e carbonato de cálcio 1g por dia. Discussão: O caso relatado mostra uma paciente com quadro clínico e alterações laboratoriais compatíveis com hiperparatireoidismo grave. Hipercalcemia, níveis de PTH elevados associados à presença de nódulo palpável em região cervical que levou à suspeita diagnóstica. O adenoma de paratireóide é de difícil diagnóstico, pela enorme variação de sintomas clínicos confundidores. Conclusão: É de suma importância manter um elevado nível de suspeição para realizar o diagnóstico precoce e o tratamento adequado já na primeira abordagem, sabendo reconhecer e indicar o procedimento cirúrgico, dando ao paciente maior possibilidade de cura.

**Palavras-chave:** Hipercalcemia; Hiperparatireoidismo Primário; Paratireoidectomia.

**Abstract:** Introduction: Primary Hyperparathyroidism (PHPT) is a relatively common endocrine disorder and is the most common cause of hypercalcemia in outpatients (MARQUES; MOREIRA, 2020). Its diagnosis is based on high dosages of PTH levels in hypercalcemic patients (DELGADO-GOMEZ et al., 2020). The most frequent biochemical profile is that of hypercalcemia, hypophosphatemia and high levels of parathyroid hormone (MARQUES; MOREIRA, 2020). PHPT is more common in women than in men and increases with aging in both sexes (MARQUES; MOREIRA, 2020). The vast majority of cases (80 – 85%) are caused by an isolated adenoma of a parathyroid gland and only 2% by parathyroid carcinoma (XAVIER, 2020). Clinical manifestations are due to the effects of increased PTH secretion and increased serum calcium value, and may present with nephrolithiasis, bone disease, gastrointestinal manifestations, neuropsychiatric manifestations, and nonspecific symptoms, which can be attributed to hypercalcemia such as anorexia, nausea, constipation, polydipsia and polyuria (MARQUES; MOREIRA, 2020). Parathyroidectomy is the gold standard treatment



(XAVIER, 2020). The reduction of serum PTH values by 50% or more compared to previous levels suggests that the parathyroidectomy was successful and serum calcium returns to normal value after 24 – 72 hours (RODRIGUEZ et al., 2021). If surgery cannot be performed, clinical management is indicated (GUZMAN; ARIBA, 2021). Objectives: To report the case of a patient with hypercalcemia and high levels of parathyroid hormone, its diagnostic evolution and management. Case report: A 60-year-old female patient was referred to the referral hospital due to elevated serum calcium levels in previously performed tests (13.9mg/dL). He also complained of polyarthralgia, hyporexia, exacerbation of depressive symptoms, frequent nausea and vomiting. He had a past pathological history of systemic arterial hypertension, dyslipidemia, hypothyroidism, hyperuricemia, non-dialytic chronic kidney disease and depression, in continuous use of losartan, hydrochlorothiazide, allopurinol, levothyroxine, escitalopram, clonazepam, with previous infection by the SARS-COV-2 virus for 10 months. She denied renal lithiasis, pathological fractures and other diseases. She presented decompensation of the underlying diseases, with uncontrolled blood pressure, lipid profile and worsening of neuropsychiatric symptoms. On physical examination, cervical palpation revealed a nodule on the right, close to the thyroid, measuring approximately 2 cm in diameter and having a fibroelastic consistency. The thyroid presented normal size and consistency. The remainder of the physical examination was normal. Among the admission laboratory tests, the serious calcium level of 17.9 mg/dL and parathyroid hormone of 1880 pg/mL stood out. The following exams were performed for a better evaluation of the cervical mass and search for other possible lesions: Doppler thyroid ultrasound which showed two nodules: N1 measuring 3 cm TIRADS III and N2 measuring 2.6 cm TIRADS III both in the right lobe; Fine needle puncture with BETHESDA V in the lower right third and BETHESDA IV in the upper third; Parathyroid scintigraphy showing Hyperuptake in the right cervical node; Abdominal tomography: topical kidneys of preserved dimensions with good corticomedullary differentiation, without signs of calculi or pyelocaliceal dilation. No other changes. Due to the findings, surgical removal was indicated. Parathyroidectomy and partial right thyroidectomy were performed



with a surgical specimen sent to histopathology. The result of the anatomopathological analysis was a nodule with a mass of cells in a solid and trabecular pattern, with discreet pleomorphism. The mitosis count was low, with a maximum of one mitosis being counted in 50 high-power fields. No signs of vascular or adjacent tissue invasion were observed, thus characterizing a morphological picture compatible with parathyroid adenoma. The patient evolved well clinically, with improvement in hypercalcemia, with a value of 9.5 mg/dL, and PTH with 32 pg/mL. She was discharged 7 days after surgery on levothyroxine 25 mcg/day, calcitriol 1 mg/day, and calcium carbonate 1g/day. Discussion: The reported case shows a patient with a clinical picture and laboratory alterations compatible with severe hyperparathyroidism. Hypercalcemia, elevated PTH levels associated with the presence of a palpable nodule in the cervical region that led to diagnostic suspicion. Parathyroid adenoma is difficult to diagnose, due to the enormous variation of confounding clinical symptoms. Conclusion: It is extremely important to maintain a high level of suspicion in order to carry out an early diagnosis and adequate treatment in the first approach, knowing how to recognize and indicate the surgical procedure, giving the patient a greater chance of cure.

**Keywords:** Hypercalcemia; Primary hyperparathyroidism; Parathyroidectomy.

### **Referências**

MARQUES, J.V.O.; MOREIRA, C. Hiperparatireoidismo primário. *Melhores Práticas e Pesquisa em Reumatologia Clínica*, Curitiba, v. 34, ed. 6, 3 jun. 2020.

DELGADO-GOMEZ, M. et al. Diagnóstico del Hiperparatireoidismo Primario. *Rev. ORL*, Salamanca España, v. 11, ed. 3, p. 347-359, 2020.



XAVIER, C.M. Tratamento Cirúrgico do Hiperparatireoidismo Primário. Orientador: Prof. Dr. José Vicente Tagliarini. 2020. 1-57 p. Tese de mestrado (Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista, Botucatu-SP, 2020.

RODRIGUEZ, I. et al. Delayed Calcium Normalization after Successful Parathyroidectomy in Primary Hyperparathyroidism. Case Reports in Endocrinology, Mexico, 2021, v. 2021, ed. 1, p. 1-4, 24 abr. 2021.

GUZMAN, G.S.; ARIBA, A. Primary hyperparathyroidism: concepts for the general surgeon. Rev. Col. Cir., 2021, v.36, ed.1, p. 110 – 119.