



PROMISE



Associazione Medici Endocrinologi



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Riferimento Nazionale ad Alta Specializzazione

EMBOZZAZIONE DELL'ARTERIA PARATIROIDEA IN UN CASO DI IPERPARATIROIDISMO TERZIARIO

Pollicino C.^{1,2}, Falcone F.^{1,2}, Agugliaro F.^{1,2}, Cangialosi V.^{1,2}, Traina M. C.^{1,2}, Lauria S.², Corrao S.^{1,2}

1. Dipartimento di PROMOZIONE della Salute, Materno-Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro", Università degli Studi di Palermo, Italia

2. Dipartimento di Medicina Clinica, U.O.C. Medicina Interna IGR, ARNAS Civico, Di Cristina, Benfratelli, Palermo, Italia
chianpollicino94@gmail.com

Introduzione e Background: L'iperparatiroidismo si distingue in primario, secondario e terziario. Quello terziario si verifica quando, nel corso di un iperparatiroidismo secondario di lunga durata, la secrezione di PTH diventa autonoma per il determinarsi di iperplasia ghiandolare. [1]

Un nefrottrapiantato giungeva alla nostra attenzione con sintomi neurologici e riscontro agli esami ematochimici di ipercalcemia ed iperparatiroidismo.

In questi pazienti, soprattutto se presente grave ipercalcemia, la terapia di prima scelta è la paratiroidectomia.[2]

Presentazione del caso: Un 43enne, nefrottrapiantato per insufficienza renale cronica secondaria a glomerulonefrite post-infettiva in trattamento immunosoppressivo, affetto da ipertensione arteriosa, gastrite cronica, esofago di Barrett, giungeva per episodio di agitazione psico-motoria, disorientamento spazio-temporale e inappetenza da 7 giorni.

Gli esami ematochimici mostravano ipercalcemia severa (13,1 mg/dL), ipofosfatemia (0,4 mg/dL) e rialzo dei valori di PTH (303 pg/mL), con Vitamina D normale. Si praticava terapia correttiva endovenosa dell'ipercalcemia, con remissione della sintomatologia neurologica.

Eseguiva: TC total-body, che escludeva alterazioni encefaliche ischemiche/emorragiche e cause paraneoplastiche di ipercalcemia, ecografia del collo, con riscontro a carico del lobo tiroideo sinistro "immagine ovoidale a margini netti, ipoecogena con flusso centripeto e centrifugo da riferire a ghiandola paratiroide ipertrofica», e scintigrafia paratiroidea con 99mTc-sestamibi, che mostrava due aree di iperaccumulo compatibili con adenomi paratiroidi (Fig. 1).

Considerate le dimensioni delle paratiroidi iperfunzionanti, l'ipercalcemia persistente, l'impossibilità a praticare terapia medica per intolleranza gastro-intestinale, l'elevato rischio di complicanze chirurgiche nei pazienti in terapia anti-rigetto, il paziente è stato trattato mediante procedura di embolizzazione della paratiroide superiore sinistra (Fig.2).

Alla rivalutazione ambulatoriale a due mesi, non venivano segnalati ulteriori episodi di encefalopatia; PTH, calcio e fosfato si sono normalizzati durante il primo anno di follow-up.

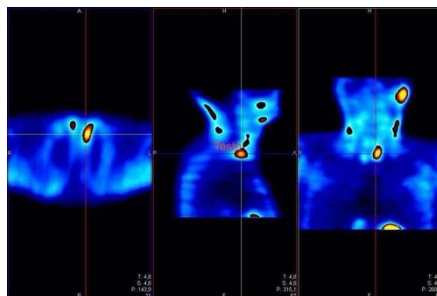


Fig.1 Scintigrafia paratiroidea con 99mTc-sestamibi



Fig.2 Embolizzazione percutanea paratiroide superiore sinistra

Discussione: Quadro di iperparatiroidismo terziario in paziente nefrottrapiantato; l'anamnesi ha avuto un ruolo cruciale nella diagnosi. Utile è stato cercare l'approccio terapeutico più adeguato al paziente.

Take Home Messages: È bene saper individualizzare la terapia sulla base delle caratteristiche del paziente. L'embolizzazione percutanea delle paratiroidi si è dimostrata l'opzione vincente e dovrebbe essere presa in considerazione nei centri che dispongono della Radiologia Interventistica per i pazienti che rifiutano o non sono candidabili all'intervento chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

[1] Bilezikian JP et al: International Workshop on Primary Hyperparathyroidism. Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop. J Bone Miner Res. 2022 Nov;37(11):2293-2314. doi: 10.1002/jbmr.4677. Epub 2022 Oct 17. PMID: 36245251

[2] Chandran M, Wong J. Secondary and tertiary hyperparathyroidism in chronic kidney disease: An endocrine and renal perspective. Indian J Endocr Metab 2019;23:391-9