25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

CRISI IPERCALCEMICA DA ADENOMA GIGANTE DELLE PARATIROIDI COMPLICATA DA *HUNGRY BONE SYNDROME*: UN CASO CLINICO

Elisa Vaccaro[1], Felicia Visconti[1], Daniela Rosso[1], Fabiana Di Noi[1], Francesca Garino[1], Salvatore Oleandri[1]

[1] S.C. Endocrinologia e Malattie Metaboliche – ASL Città di Torino

INTRODUZIONE E BACKGROUND

L'**iperparatiroidismo primitivo (PHPT)** è la principale causa di ipercalcemia in ambito extraospedaliero, mentre la crisi ipercalcemica è una manifestazione rara, ma potenzialmente fatale, che richiede trattamento intensivo e tempestivo. Nei pazienti con elevato turnover osseo preoperatorio, la paratiroidectomia può essere seguita dallo sviluppo di ***hungry bone syndrome*** **(HBS)**.

Dalla cartella informatica risultava un acceso nel 2015 per episodio lipotimico con ipercalcemia > 11 mg/dL.

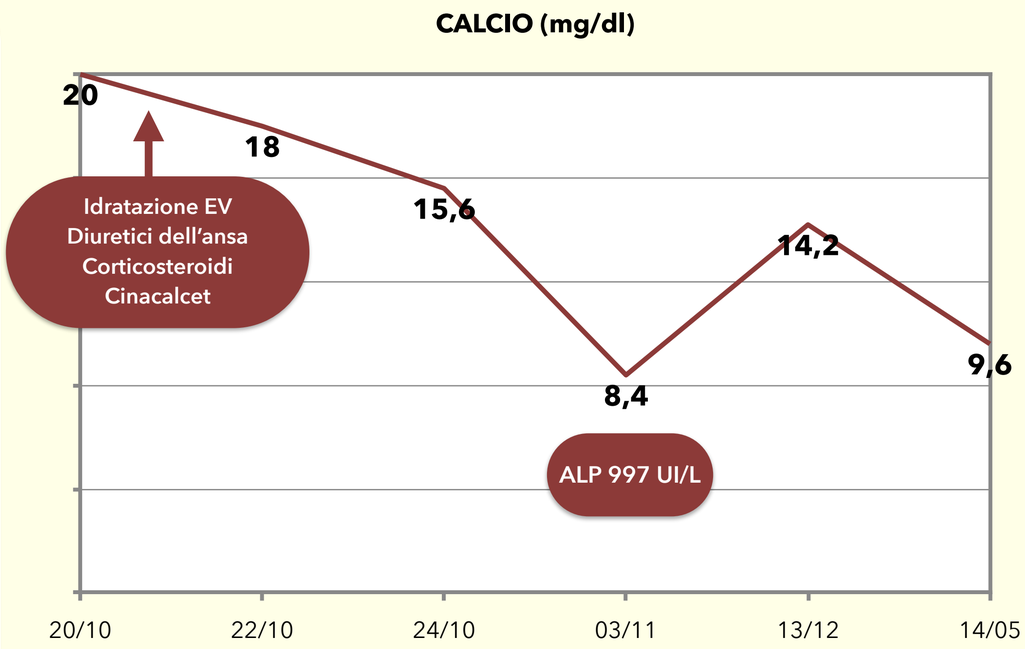
CASO CLINICO

Donna di 71 anni giungeva in DEA a 10/2025 per stipsi ostinata, rallentamento psicomotorio, **severa ipercalcemia** e **iperparatiroidismo**, con **insufficienza renale acuta** (creatinina 2,72 mg/dL). La TC del collo descriveva una formazione paraesofagea destra di 33×15 mm, compatibile con adenoma della paratiroide (*figura 1*).

Veniva somministrato acido zoledronico e cinacalcet, ma permaneva ipercalcemia severa con progressivo aggravamento del quadro neurologico, comparsa di disfagia e impossibilità ad assumere terapia orale (incluso cinacalcet).

Sottoposta a **paratiroidectomia inferiore destra in urgenza** (PTH intraoperatorio da > 5000 pg/mL a 596 pg/mL a 10 minuti). Esame istologico: **adenoma paratiroideo gigante (GPA)**.

Nonostante impostazione precoce di supplementazione con calcio gluconato ev, nel post-operatorio il PTH calava ulteriormente con **ipocalcemia sintomatica** e aumento della fosfatasi alcalina (ALP), quadro compatibile con HBS. Si associava calcio citrato ad alte dosi, calcitriolo fino a 2 µg/die e colecalciferolo (concomitava ipovitaminosi D: 15 ng/mL) con progressivo svezzamento dalla terapia endovenosa. Nel follow-up si registrava recupero della funzionalità renale (creatinina 1,38 mg/dl) e normalizzazione dei livelli di PTH, iniziale **ipercalcemia iatrogena** e conseguente graduale riduzione della terapia fino al mantenimento del solo colecalciferolo.



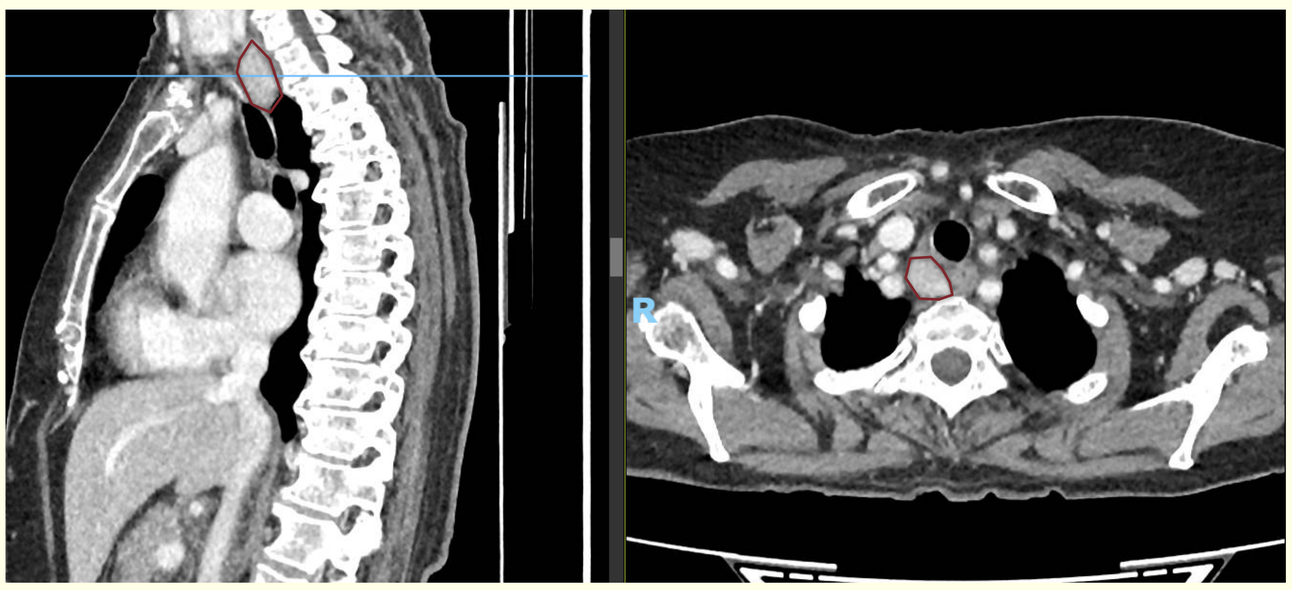
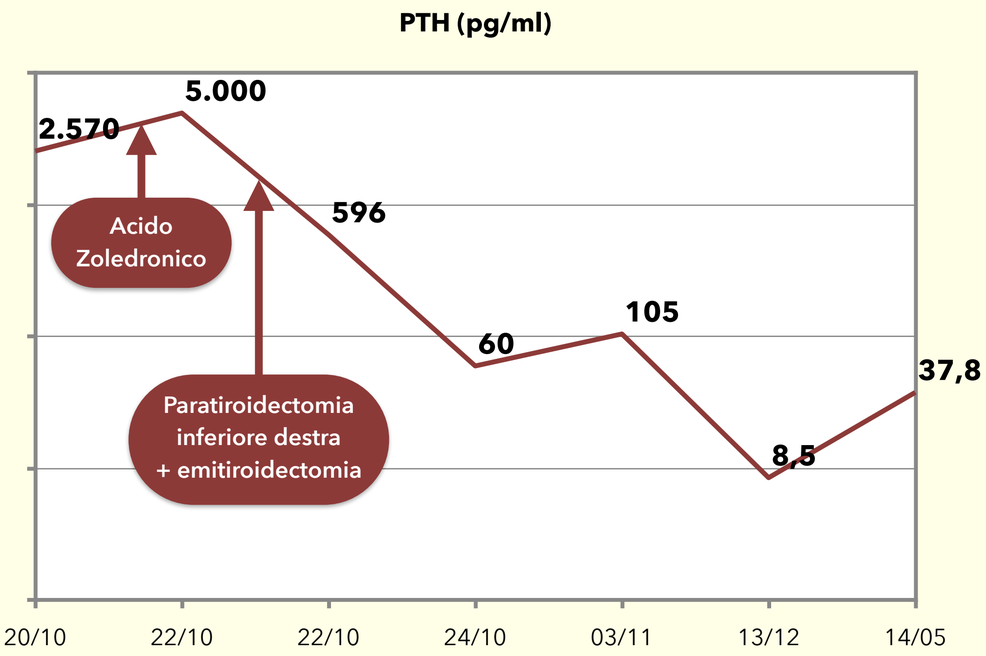


Figura 1 - TC torace con mdc pre-operatoria: formazione ovalare a margini regolari di 33x15 mm in sede paraesofagea superiore destra - paravertebrale, postero-caudalmente rispetto al lobo inferiore destro della tiroide, a livello di un piano passante per C7-D1.



Grafici 1 e 2 - valori rispettivamente di calcio (mg/dl) e PTH (pg/ml - v.n. 15-65) nel pre- e post-operatorio.

CONCLUSIONI

La **crisi ipercalcemica** rappresenta un'emergenza endocrinologica che richiede gestione multidisciplinare e paratiroidectomia precoce. I pazienti ad alto rischio di HBS vanno identificati per impostare adeguato monitoraggio postoperatorio e terapia tempestiva.

ASL CITTÀ DI TORINO