

UN CASO DI IPERPARATIROIDISMO: PROBLEMATICHE DIAGNOSTICHE (IN PROGRESS)

A. Troisi – L. Sali, D. Genoni, P. Radaelli

Azienda Ospedaliera di Busto Arsizio - P.O. di Saronno

Introduzione

E' giunto alla nostra osservazione paziente di aa 53 PC 102 H 178. BMI 32

In anamnesi coliche renali recidivanti in nefrolitiasi Iperensione arteriosa. Iperuricemia, D.E. Ernia Jatale con GERD In terapia con: Zyloric 300 1 cpr

.Agli esami iniziali: PTH 208 calcemia 11.3 11.3.14 funzionalità renale nella norma , Vit D3 nella norma TSH 001 microuml.

Descrizione del caso

Si programmano esami diagnostici per diagnosi eziologica di iperparatiroidismo ipercalcemico, ipertiroidismo subclinico. Si valuta per sospetta sindrome metabolica e sospetto ipogonadismo ipergonadotropo.

14.4.14 Esami effettuati

Ecografia tiroide: Tireopatia nodulare con ipertrofia nodulare (max 18 mm di diametro). Terzo medio lobo tiroideo destro nodulo circa 14 mm compatibile con paratiroide di volume aumentato. Alla scintigrafia tiroidea con tecnezio ghiandola con captazione omogenea. Si richiede FNAC dei nodulo (paratiroideo?) Nel frattempo avvia tapazole 5 mg 1 cpr al di se sintomatologia da ipertiroidismo

Ultimo TSH 0.1 in risalita rispetto ad esami di gennaio 2014 FNAC nodulo costituito da materiale colloide :THy2. Si richiede scintigrafia paratiroidi con sestamibi.

2.7.14

Scintigrafia paratiroide con sestamibi regolare

Funzionalità tiroidea nella norma dopo terapia con tapazole basse dosi, Eco renale che conferma nefrolitiasi senza ureteronefrosi. MOC che documenta : BMD collo femore 0,804 T score -2 IL BMD colonna AP L1-L3 1,284 T score 0.6 BMD femore intero 0.919 g/cm2 T score -1.3 Vitamina D nella norma Funzionalità renale nella norma. Si conferma ipogonadismo ipergonadotropo che al momento si decide di non trattare

Si richiede OGTT per glicemia ed insulinemia

1.8.14

Agli esami 16.7.14 PTH 249 calcemia 11.6 calcio urinario 363 fosforemia 2.2 IGT alla curva glicemica con iperinsulinemia basale risposta insulinemica molto elevata dopo OGTT Avvia terapia con metformina 500 1 cpr per 2 Si richiede RMN collo-torace e addome (ricerca di paratiroide ev ectopica ed eventuali noduli surrenalici per escludere MEN

15.9.14

RMN regolare tranne rene policistico.

esami glicemia 102 md/dl , uricemia 5.1 mg/dl , calcemia 11.6 mg/dl fosforemia 1.8 mg/dl TSH 1.0 PTH 240 pg/ml insulinemia basale 23 microUml.

Avvia terapia con difosfonati im

Conclusioni

Il caso si presenta a nostro avviso complesso per la difficoltà diagnostica nell'identificazione della eziopatogenesi dell'iperparatiroidismo verosimilmente primitivo quando indagini strumentali non permettono di individuare la sede del tessuto paratiroideo iperfunzionante in un paziente di età giovanile che manifesta complicanze renali e ossee.

Il caso è attualmente in esame per ulteriori determinazioni diagnostico-terapeutiche.