

El **hiperparatiroidismo primario** es una enfermedad endocrina en la cual las glándulas paratiroides del cuello producen demasiada hormona paratiroidea (PTH).

Las **glándulas paratiroides** se localizan en el cuello, cerca de la glándula tiroides, de ahí el nombre de paratiroides. Estas glándulas suelen ser cuatro y producen PTH, la cual controla los niveles de calcio, fósforo y vitamina D dentro de la sangre y el hueso.

El hiperparatiroidismo primario es debido a un tumor o a un aumento del tamaño (hiperplasia) de una o más glándulas paratiroideas, lo que da lugar a un exceso de PTH. La acción de esta hormona conlleva un aumento del calcio en sangre (hipercalcemia), calcio que procede del hueso y que se elimina por el riñón.

En la mayoría de los pacientes (80-85%) el **responsable es un tumor benigno**, conocido como adenoma, por engrosamiento de una sola glándula paratiroidea. En casi todos los demás casos (15 a 20%) aumentan de tamaño dos o más glándulas, condición que se llama hiperplasia. El cáncer paratiroideo es extremadamente raro.

Esta enfermedad es más común en personas mayores de 60 años, pero también se puede dar en adultos jóvenes. Las mujeres tienen mayor probabilidad de resultar afectadas que los hombres, mientras que este trastorno es muy poco común en la niñez.

Muchos casos no presentan **síntomas** y se diagnostican al detectarse un aumento del calcio en la sangre, sin otra alteración. Cuando hay síntomas, guardan relación con la hipercalcemia, como por ejemplo, la falta de apetito, sed, náuseas, los vómitos, el estreñimiento o el aumento en la cantidad de orina. Otras veces pueden estar relacionados con la afectación renal (cólicos de riñón con expulsión de cálculos) o con la afectación ósea (pérdida progresiva de masa ósea con osteoporosis, fracturas).

En la mayoría de los pacientes **se descubre la enfermedad de manera incidental** por la determinación de calcio en sangre o por el hallazgo de una densitometría ósea baja. El estudio se completa con la determinación de hormona paratiroidea, radiografías de los

huesos y de los riñones, densitometría ósea y, en ocasiones, otros estudios de imagen que permiten detectar la presencia de las lesiones en las glándulas paratiroides.

El **tratamiento es quirúrgico**, sobre todo si existe sintomatología y suele ser curativo en la inmensa mayoría de las ocasiones. En los casos en los que se desestime el tratamiento quirúrgico, puede usarse un tratamiento médico. En estos casos, pueden utilizarse, por ejemplo, los bisfosfonatos (fármacos que disminuyen la resorción del hueso), los moduladores selectivos del receptor de los estrógenos (que actúan de forma similar a los estrógenos por lo que no deben administrarse en varones), o los calcimiméticos (que disminuyen la secreción de PTH, etc). Conviene que los pacientes beban bastante líquido con objeto de diluir la orina y reducir así la concentración del calcio urinario. No es necesario suprimir el calcio de la dieta, aunque no conviene tomar suplementos de este mineral.

En ciertos casos, **la enfermedad es de origen genético** y familiar por lo que es necesario profundizar en la historia familiar de los pacientes para descartar otros casos asintomáticos de esta enfermedad.