

# REPORTE DE CASO: CARCINOMA PARATIROIDEO

Soto V, Saccone S

Hospital de Clinicas Dr Manuel Quintela, Montevideo Uruguay

## INTRODUCCIÓN

El carcinoma paratiroideo es un tumor maligno derivado de las células parenquimatosas de las glándulas paratiroides y representa una de las causas menos frecuentes de hiperparatiroidismo primario, con una incidencia de 0.36 por 10 millones de personas. El conocimiento sobre la historia de la enfermedad y los factores pronósticos actualmente son limitados.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 55 años, con antecedentes patológicos de múltiples enfermedades cardiovasculares. En contexto de valoración por una ERC estadio IV de causa vascular se encuentra PTH de 2285 pg/mL y calcemias de 13/14,2/14,4 mg/dL constituyendo un hiperparatiroidismo. La ecografía tiroidea evidencia imagen nodular ovoidea, sólida, de contornos lobulados, hiperecogénica, de 37x19x18mm en cara postero-inferior del tercio inferior del lóbulo izquierdo de la glándula tiroidea, en logia paratiroidea izquierda. El centellograma paratiroideo con SPECT-CT confirma hipercaptación en logia paratiroidea izquierda (figuras 1 y 2). Presenta repercusiones a nivel óseo y renal (figura 3). Dado hallazgos descritos, se realiza lobectomía izquierda y paratiroidectomía izquierda en bloque por posibilidad de carcinoma paratiroideo, identificándose glándula de aspecto patológico de 3x2cm. Se destaca PTH pre-op de 1818 pg/mL y PTH post op de 40pg/mL. Como complicación postquirúrgica presenta un hipoparatiroidismo transitorio asintomático. La anatomía patológica muestra un carcinoma con parénquima tiroideo sin invasión, de bajo grado histológico, inmunohistoquímica CD31+, pTNM: pT3NxMx con paratiroides de histomorfología conservada adyacente. A los 4 meses posteriores normaliza niveles de calcio manteniéndose en torno a 9.2 mg/dL con albuminas normales.



Figura 1: Centellograma planar con 99m Tc-Sestamibi. Se señala hipercaptación paratiroideo en topografía inferior del lóbulo tiroideo izquierdo.

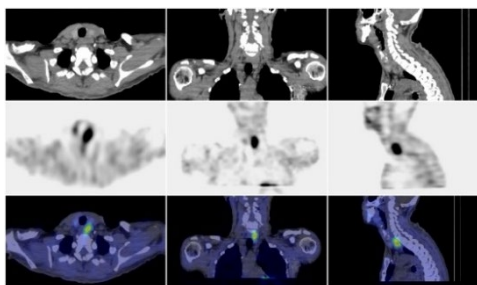


Figura 2 SPECT-CT. El foco hipercaptante corresponde a la localización.



Figura 3. Imágenes radiológicas del caso presentado. Arriba a la izquierda se observa alteración de la densidad de los huesos de la bóveda craneal, configurando un patrón en sal y pimienta. Arriba a la derecha resorción subperióstica en mano izquierda. Abajo osteoesclerosis en platillos vertebrales.

## DISCUSIÓN

El carcinoma paratiroideo es la neoplasia endocrina menos común y representa el 0,005% de todos los cánceres. Puede ocurrir esporádicamente o ser hereditario. La edad promedio de presentación es de 46,6 años con una distribución por sexo igual. Debe sospecharse ante un paciente con hiperparatiroidismo primario que presenta crisis paratiroidea (o hipercalcemia marcada y PTH muy altas) o una masa en el cuello y repercusiones como nefrolitiasis y osteoporosis. Los estudios de localización preoperatorios no distinguen de manera confiable el carcinoma del adenoma. El tratamiento de primera línea es la cirugía, único tratamiento curativo. Una de las técnicas aplicadas es la resección en bloque donde se extirpa la glándula paratiroides y la cápsula circundante e incluye la lobectomía tiroidea ipsolateral y tejido adyacente que esté invadido por el tumor. El diagnóstico definitivo es con la anatomía patológica, los dos criterios principales son: invasión local de estructuras contiguas y metástasis linfática o a distancia. El seguimiento se realiza con medición de calcemia y PTH y ecografía tiroidea anual. Un tercio de los pacientes se cura en la cirugía inicial, un tercio puede recurrir, curándose con una nueva cirugía, y un tercio tiene un curso corto y agresivo.

## CONCLUSIÓN

El carcinoma paratiroideo es causa muy poco común de hiperparatiroidismo primario, debe sospecharse ante un paciente con hipercalcemia marcada y PTH muy elevada. Se presenta sintomático, con tumor de mayor tamaño, repercusiones óseas y renales las cuales deben valorarse inicialmente. El pilar del tratamiento es la cirugía. En un tercio de los pacientes la enfermedad puede recurrir, presentando curación con una segunda cirugía.

## BIBLIOGRAFÍA

1. James BC, Aschebrook-Kilfoy B, Cipriani N, et al. The Incidence and Survival of Rare Cancers of the Thyroid, Parathyroid, Adrenal, and Pancreas. *Ann Surg Oncol* 2016; 23:424.
2. Singh Ospina N, Sebo TJ, Thompson GB, et al. Prevalence of parathyroid carcinoma in 348 patients with multiple endocrine neoplasia type 1 - case report and review of the literature. *Clin Endocrinol (Oxf)* 2014.
3. Gill AJ. Understanding the genetic basis of parathyroid carcinoma. *Endocr Pathol* 2014;25:30.