

Quiste paratiroideo e hiperparatiroidismo

José Antonio Amondarain Arratibel^a, Xavier Aribe^a, Carmen Olalla^a y Miguel Echenique Elizondo^b

^aDepartamento de Cirugía. Hospital Donostia. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

^bUnidad Docente de Medicina de San Sebastián. Universidad del País Vasco. San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Paciente varón de 47 años, sin antecedentes de interés, consulta por tumoración no dolorosa laterocervical derecha. No presenta síntomas deglutorios ni alteraciones en la voz. La exploración revelaba una tumoración en la región cervical anterior izquierda, elástica, de unos 6 cm de diámetro. La ecografía informó de imagen quística dependiente del polo inferior tiroideo de 55 × 44 × 37. La gammagrafía tiroidea resultó normal. La analítica mostró unos valores normales de hormonas tiroideas, la paratirina (PTH) fue de 90 pg/ml (normal, 9-60 pg/ml), la calcemia de 11,2 mg/dl (normal, 8,1-10,4 mg/dl) y fosforemia de 4,3 mg/dl (normal, 2,7-4,5 mg/dl). Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del quiste, y se obtuvo 6 ml de líquido transparente, cuya determinación de PTHi fue de 3.450 pg/ml. Se estableció el diagnóstico de quiste paratiroideo. Por la situación de hiperparatiroidismo se indicó la intervención del paciente y se extirpó un quiste dependiente de la glándula paratiroides inferior (fig. 1), la superior era normal. La determinación intraoperatoria de PTHi se refleja en la figura 2, corrigiéndose la situación de hiperparatiroidismo. El paciente se encuentra asintomático pasados 28 meses.

El quiste paratiroideo es una entidad clínica poco frecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumoración en la región anterior del cuello y representa solamente el 1% de todos los quistes cervicales. Se han descrito poco más de 200 casos desde que Sandstrom comunicó el primero en 1880¹. Su importancia clínica reside en que puede simular nódulos tiroideos y asociarse a hiperparatiroidismo (el 10% de ellos), como en el caso actual. La mayoría se describe como quistes no funcionantes. Generalmente afectan a las paratiroides inferiores. Son menos frecuentes los



Fig. 1. Quiste paratiroideo. Campo operatorio.

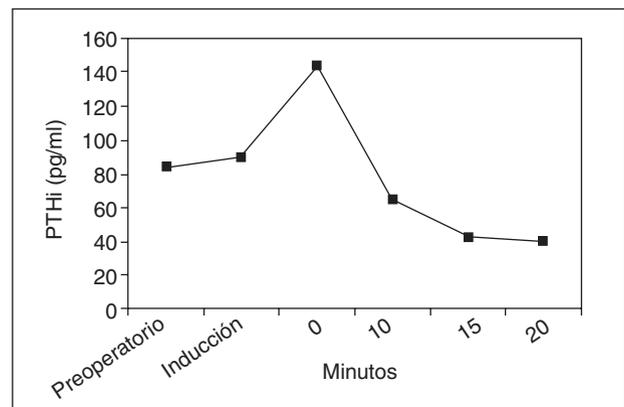


Fig. 2. Evolución de la paratirina intacta (PTHi) intraoperatoria.

quistes localizados en el mediastino². Son más comunes en mujeres entre los 20 y 60 años, aunque hay informes de casos entre los 12 y 84 años. La relación mujer:varón es de 2,5:1. Por razones desconocidas, los quistes funcionantes se producen 1,6 veces más frecuentemente en varones³. Los quistes grandes pueden

Correspondencia: Dr. M. Echenique Elizondo.
Universidad del País Vasco. Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.
Paseo Dr. Beguiristain, 105. 20014 San Sebastián.
Guipúzcoa. España.
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Manuscrito recibido el 16-1-2007 y aceptado el 5-3-2007.

causar disfagia y odinofagia y los ubicados en el mediastino pueden causar disnea y parálisis del nervio laríngeo recurrente. La exploración física revela una masa suave y móvil en la región anterior del cuello. La ecografía cervical demuestra su naturaleza quística, pero no pone de manifiesto su origen paratiroideo; en la mayoría de los casos se diagnostican como quiste tiroideo. En la gammagrafía cervical aparecen como zonas hipocaptantes, por lo que a menudo se etiquetan como nódulos tiroideos fríos. La obtención de líquido transparente en la PAAF permite la sospecha de quiste paratiroideo y la confirmación diagnóstica se realiza mediante la determinación de la concentración de PTH en el líquido obtenido⁴. El diagnóstico diferencial incluye quiste de restos branquiales, quiste tiroideo y quistes tímicos^{1,5}.

El tratamiento inicial del quiste de paratiroides es la PAAF. Es una técnica fácil, segura, diagnóstica y terapéutica⁶. Si hay recurrencia del quiste después de 2 o más aspiraciones, algunos autores recomiendan escleroterapia con tetraciclina o etanol, pero describen neurotoxicidad y parálisis del nervio laríngeo recurrente como complicaciones potenciales de este procedimiento. La escisión quirúrgica se recomienda para quistes recurrentes y quistes funcionantes, ya que pueden estar asociados con otras alteraciones de las glándulas paratiroideas. No hay informes de malignización de

quistes paratiroideos no funcionantes, por lo que la cirugía profiláctica no está indicada en el momento del diagnóstico¹.

En conclusión, el quiste paratiroideo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales. El diagnóstico definitivo debe establecerse mediante la determinación de PTH en el líquido obtenido con PAAF, que es una técnica diagnóstica y terapéutica si no hay un hiperparatiroidismo, en cuyo caso hay indicación quirúrgica.

Bibliografía

1. Ujiki MB, Nayar R, Sturgeon C, Angelos P. Parathyroid cyst: often mistaken for a thyroid cyst. *World J Surg.* 2007;31:60-4.
2. Illana J, Piñero A, Parrilla P. Quiste paratiroideo. *Cir Esp.* 2004;76:120-1.
3. Vicente A, Sastre J, Mollejo M, Fernández-Estivaris C, López J, Arranz A. Quistes paratiroideos. Diagnóstico diferencial con patología tiroidea. Presentación de dos casos. *An Med Interna (Madrid).* 2000;17:84-5.
4. Shi B, Guo H, Tang N. Treatment of parathyroid cyst with fine-needle aspiration. *Ann Intern Med.* 1999;131:797-8.
5. Coelho DH, Boey HP. Benign parathyroid cyst causing vocal fold paralysis: a case report and review of the literature. *Head Neck.* 2006;28:564-6.
6. Nozeran S, Duquenne M, Guyetant S, Rodien P, Rohmer V, Roncey J, et al. Diagnosis of parathyroid cysts: Value of parathyroid hormone level in puncture fluid. *Presse Med.* 2000;939:941.