



# Cirugía Española

CIRUGÍA  
ESPAÑOLA

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-102 - CARCINOMA DE PARATIROIDES: UN RETO DIAGNÓSTICO

N. Puértolas Rico, J. Rivero Deniz, I. Larrañaga Blanch, J. Tur, A. Rada Palomino, F. Pardo Aranda, E. García Olivares y E. Veloso Veloso

Hospital Mutua, Terrassa.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma de paratiroides es un tumor endocrino poco frecuente que puede ser de difícil diagnóstico incluso a nivel histológico.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 57 años con antecedentes de HTA, cólicos nefríticos de repetición y osteoporosis, que tras 8 meses de astenia, irritabilidad, poliuria y polidipsia, inicia un cuadro de malestar general, vómitos y obnubilación. Tras su estabilización se realizan analítica (PTH 524, Ca 11,7, P 2,5) y gammagrafía de paratiroides (sugestiva de adenoma en paratiroides inferior derecha). Con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario se programa para intervención quirúrgica. Se realiza paratiroidectomía inferior derecha con anatomía patológica que informa de adenoma de paratiroides e inmunistoquímica (Ki-67 del 10-15% en algunas áreas), por lo que se decide seguimiento estrecho dado el mayor riesgo de recidiva y malignización. Transcurridos 2 años de seguimiento vuelve a presentar criterios de hiperparatiroidismo (Ca 10,91, PTH 107,05). Se realiza gammagrafía que informa de captación sugestiva de tejido paratiroideo adyacente a polo inferior derecho. Dados los antecedentes se decide nueva intervención quirúrgica hallando tumoración a nivel inferior del lóbulo tiroideo derecho que infiltra musculatura pretiroidea y lóbulo tiroideo por lo que se realiza resección en bloque más hemitiroidectomía homolateral con extirpación de tejido linfograso del compartimento central. La paciente es dada de alta a los 4 días manteniendo calcemias normales. La anatomía definitiva informa de carcinoma de paratiroides infiltrando tiroides y con invasión de vasos venosos, Ki-67 del 20% y carcinoma papilar de tiroides de patrón folicular de 0.7 cm de diámetro máximo.

**Discusión:** El carcinoma de paratiroides es una causa poco frecuente de hiperparatiroidismo primario. La más extensa revisión sistemática de la literatura reveló una incidencia de 0,74% entre todos los casos de hiperparatiroidismo primario. En los pacientes con carcinoma es más frecuente la presencia de síntomas, masa cervical, enfermedad ósea y renal, marcada hipercalcemia y niveles elevados de PTH. El diagnóstico se basa en el estudio anatomopatológico detectando invasión local de estructuras contiguas o metástasis linfática o a distancia. Algunos estudios han demostrado la utilidad de ciertos marcadores moleculares para diferenciar tumores malignos de adenomas de paratiroides. Un índice de proliferación alto (mayor 5%) de Ki-67 se encuentra casi exclusivamente en los carcinomas y en algún adenoma, como nuestro caso, indicando así mayor riesgo de recidiva y malignización. Para mayor sensibilidad en el diagnóstico se usa la combinación de más de un marcador (sobreexpresión de Gal-3, sobreexpresión de Ki-67 y pérdida de expresión de parafibromina). El tratamiento se basa en la resección quirúrgica en bloque, tiroidectomía homolateral y paratiroidectomía. Algunos autores añaden la disección profiláctica del compartimento central. La radioterapia se ha mostrado efectiva en el control locorregional de la enfermedad.