



# Cirugía Española

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



## P-133 - TUMOR GIGANTE DE PARATIROIDES. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON CARCINOMA DE PARATIROIDES

Álvarez, Arantxa; Rodríguez, Alex; Palasí, Rosana; Galeano, Jacinto; Carbó, Juan; Meseguer, Manuel; Quevedo, David; Zambrano, Kevin

Hospital La Fe, Valencia.

### Resumen

**Introducción:** El adenoma de paratiroides causa el 80% de casos de hiperparatiroidismo primario, mientras que el carcinoma de paratiroides es responsable de menos del 1%. El diagnóstico diferencial preoperatorio es casi imposible, sin embargo, los niveles inadecuadamente altos de calcio y de PTH, junto con tumores de gran tamaño orientan a carcinoma. No obstante, se han descrito adenomas paratiroides gigantes de más de 3,5 gramos que suelen presentar alteraciones bioquímicas y efecto masa sobre estructuras adyacentes similar a los carcinomas, de ahí la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial entre ellos.

**Caso clínico:** Mujer de 53 años con episodios de hipercalcemia, cefalea intensa y vómitos que ha presentado cólicos nefríticos y alteraciones psiquiátricas. A la exploración, destaca nódulo de consistencia firme a nivel del lóbulo tiroideo izquierdo. Analíticamente, presenta niveles de Calcio de 16,4 mg/dL, PTH 1.053 pg/mL. Tras el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario, se realiza gammagrafía con 99mTc-Sestamibi iv observándose foco hipercaptante en fase tardía en lóbulo izquierdo. Ecográficamente, se objetiva una lesión lateral de 1,8 × 2 × 5,3 cm adyacente al lóbulo tiroideo izquierdo, sólida, hipoecoica con componente hiperecoico, bien delimitada y con intensa vascularización que desplaza el eje vascular lateral. En el acto quirúrgico, se identifica paratiroides superior izquierda aumentada de tamaño, bien delimitada, que no infiltra estructuras adyacentes y se procede a su exéresis tras corroborar normalidad en exploración de paratiroides ipsilateral inferior. Se determina la PTH intraoperatoria antes y después de extirparla con resultados de > 2.500 pg/mL antes y tras paratiroidectomía de 190 pg/mL a los 30 minutos y finalmente de 81,19 pg/a los 90 minutos de la intervención. La anatomía patológica, describe una pieza de 5,2 × 2,5 × 1,2 cm y peso de 12,17 g con alteraciones celulares propias de adenoma paratiroideo mixto sin identificarse lesiones malignas. Tras un posoperatorio sin complicaciones, es dada de alta con cifras de calcio y PTH dentro de la normalidad y con tratamiento con calcio oral. La paciente permanece con valores de calcio y PTH de 9,3 mg/dL y 57,4 pg/mL respectivamente.

**Discusión:** El diagnóstico diferencial preoperatorio entre adenoma de paratiroides gigante y carcinoma de paratiroides genera gran dificultad, ya que ambos pueden tener la misma presentación clínica y analítica. Las pruebas de imagen permiten el estudio morfológico y anatómico de la lesión, sin poder proporcionar un diagnóstico definitivo, aunque hay determinadas características que orientan a carcinoma, como la invasión local de estructuras adyacentes, el patrón de calcificación, la

gran vascularización y la presencia adenopatías regionales o incluso metástasis a distancia. No obstante, el diagnóstico preoperatorio de malignidad tiene gran importancia clínica e influye en la decisión terapéutica, ya que en los casos de carcinoma se indica la resección radical oncológica, sin embargo, en los adenomas la resección de la paratiroides afecta logra la curación del paciente. Este caso, es un caso excepcional en el que tanto las manifestaciones clínicas como las pruebas analíticas orientan hacia el resultado de carcinoma paratiroideo. Son finalmente tanto las pruebas de imagen y la morfología en la intervención lo que determina el diagnóstico adenoma paratiroideo gigante que *a posteriori* se confirma con el estudio anatomopatológico.