

Notas clínicas

Esclerosis con etanol de un quiste paratiroideo no funcionante

L. GARCÍA PASCUAL

*Servicio de Endocrinología y Nutrición.
Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona). España.*

Se describe el caso singular de una paciente de 21 años de edad, afectada de una tumoración cervical anterior indolora de 3 cm, cuyo estudio mediante punción-aspiración con aguja fina, ecografía cervical y analítica de sangre puso de manifiesto que se trataba de un quiste paratiroideo único no hiperfuncionante. Doce meses después de la evacuación del contenido quístico se produjo una recidiva, que se trató mediante una nueva punción-evacuación, pero en esta ocasión con inyección percutánea de etanol absoluto, consiguiéndose la resolución clínica. En el control ecográfico a los 14 meses no se apreciaron lesiones residuales. Se discute el abordaje terapéutico de los quistes de paratiroides y, en concreto, la elección de la escleroterapia percutánea con etanol como terapia de primera opción.

PERCUTANEOUS ETHANOL INJECTION OF A NONFUNCTIONING PARATHYROID CYST

A twenty-one-year-old woman was referred for a 3 cm symptomatic nodule in the thyroid zone. Fine-needle aspiration cytology, cervical ultrasonography and serum biochemical markers, showed that the patient had a nonfunctioning parathyroid cyst. Twelve months after the first aspiration there was a recurrence of swelling. A second aspiration with percutaneous instillation of absolute ethanol was performed. The swelling resolved and no lesion was seen on the ultrasound control at 14 months follow-up. The management of the parathyroid cysts is discussed, and in particular, the percutaneous sclerotherapy with ethanol as first-line therapy.

Key words: Parathyroid cyst. Sclerotherapy. Ethanol.

Los quistes de paratiroides son una rara entidad cuyo reconocimiento se puede efectuar a partir del estudio del líquido y de la celularidad del aspirado, lo cual permite diferenciarlos de otras tumoraciones cervicales^{1,2}. El tratamiento habitualmente consiste en la punción evacuadora, y cuando recidiva o se acompaña de hipercalcemia, en la exéresis quirúrgica^{3,4}. A continuación describimos el caso singular de una paciente afectada de un quiste de paratiroides no funcionante, que al recidivar tras la punción-evacuación fue tratado con éxito mediante la inyección percutánea de etanol.

CASO CLÍNICO

Mujer de 21 años de edad, sin antecedentes de interés que fue remitida a la consulta por la aparición rápida, 2 semanas antes, de una tumoración cervical anterior indolora. En la exploración se apreció un nódulo de 3 cm sobre el lóbulo tiroideo izquierdo que ascendía con la deglución, sin adenomegalias. La punción-aspiración con aguja fina dio salida a 10 ml de líquido cristalino acelular, en el cual la concentración de parathormona intacta fue de 69 pg/ml y la de tiroglobulina inferior a 3 ng/ml. De forma concomitante, en el plasma la parathormona resultó en 16 pg/ml (normal, 10-65), la tiroglobulina en 3 ng/ml (normal, < 25), y la calcemia en 8,85 mg/dl, siendo normales asimismo la fosforemia, la magnesemia y la albuminemia. Cuatro meses después, en la ecografía cervical se apreciaba un nódulo quístico de 19 × 16 × 9 mm en el polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo (fig. 1). Un año después la paciente consultó de nuevo por un aumento del tamaño de la tumoración. Se efectuó una nueva punción-aspiración, extrayéndose 9 ml de líquido cristalino acelular, y se infun-

Correspondencia: L. García Pascual.
Servicio de Endocrinología.
Hospital Mútua de Terrassa.
Pl. Dr. Robert, 5. 08221 Terrassa (Barcelona). España.
Correo electrónico: 23566LGP@comb.es

Palabras clave: Quiste paratiroideo. Escleroterapia. Etanol.

Manuscrito recibido el 30-8-2002; aceptado para su publicación el 18-11-2002.

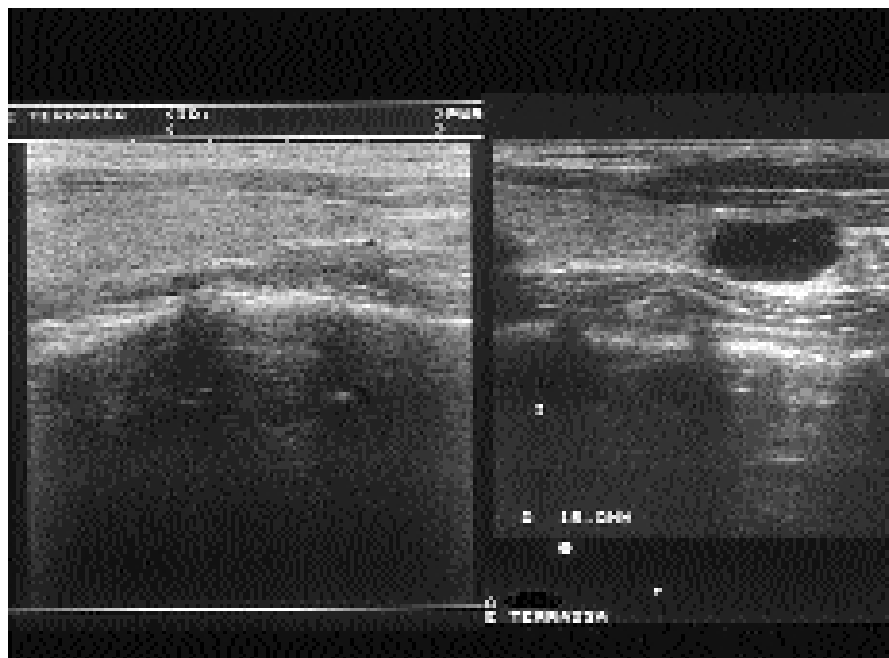


Fig. 1. Derecha: imagen ecográfica del quiste paratiroideo antes de su esclerosis con etanol. Izquierda: imagen normal del lóbulo tiroideo después de la esclerosis.

dieron 1,5 ml de etanol absoluto estéril. Se produjo un dolor local irradiado al oído izquierdo, de moderada intensidad durante 10 min y leve durante las siguientes 6 h. A los 14 meses de seguimiento, la paciente ha permanecido asintomática y en la ecografía cervical no se ha identificado ninguna lesión residual (fig. 1).

DISCUSIÓN

Los quistes de paratiroides son una causa infrecuente de tumoración cervical^{3,4}. Suelen presentarse de forma asintomática^{1,3,5,6}, aunque en algunas ocasiones debido a su gran tamaño y localización pueden ocasionar un síndrome compresivo (disnea, disfagia, disfonía, dolor)², y excepcionalmente, debido a su funcionalidad, motivar una crisis hipercalcémica³. El 85% de los quistes paratiroides no son funcionantes por cuanto no se acompañan de hiperparatiroidismo⁵. Histológicamente, se trata de verdaderos quistes simples cuyo origen puede ser congénito o adquirido por coalescencia de varias formaciones microquísticas^{5,6}. El restante 15% de los quistes paratiroides coexiste con hiperparatiroidismo, e histológicamente son pseudoquistes por cuanto se originan a partir de degeneraciones focales en adenomas o hiperplasias paratiroides^{5,6}. El diagnóstico clínico se establece por la demostración de un contenido líquido cristalino que tiene una concentración de parathormona superior a la del plasma en el caso de los quistes no funcionantes^{1,3,5,6}, mientras que en los funcionantes el aspecto del contenido puede ser serohemático o achocolatado pero con celularidad paratiroidea, y una concentración de parathormona que supera los valores normales del

plasma, al tiempo que en la sangre periférica se demuestra la presencia de hipercalcemia^{2,7}. El tratamiento clásico de los quistes de paratiroides ha sido la exéresis quirúrgica⁶. En los últimos años, para los quistes no funcionantes se ha propuesto la punción con evacuación de su contenido como un procedimiento terapéutico de primera opción, seguro, pero con una efectividad que oscila entre el 0 y el 100%, por lo cual a menudo se debe repetir varias veces; la cirugía se reserva para las recidivas y para los quistes asociados a hiperparatiroidismo^{3-5,7,8}.

La esclerosis con etanol ha sido utilizada para el tratamiento de procesos tan diversos como varices esofágicas, bloqueos nerviosos, neoplasias hepáticas, gástricas y renales. En la patología endocrinológica, desde hace algo más de una década se ha empleado para el tratamiento de los nódulos sólidos tiroideos y paratiroides hiperfuncionantes, para los nódulos tiroideos quísticos y en los nódulos tiroideos solitarios sólidos no disfuncionantes, con lo que se consigue corregir la hiperfunción y reducir el tamaño de las lesiones benignas^{9,10}. El procedimiento es sencillo y rápido, y no requiere anestesia ni analgesia previa. Consiste en la inyección percutánea de etanol sobre la lesión, con una técnica que es diferente según el tipo de lesión y el grupo terapéutico que la efectúa. El efecto tóxico del etanol es inmediato y permanente al inducir deshidratación y desnaturalización proteica, trombosis vascular y necrosis con fibrosis subsecuente¹⁰. Los efectos indeseados consisten en dolor local leve o moderado con gran frecuencia y, excepcionalmente, hiperpirexia, disfonía, hematoma, celulitis tóxica, trombosis venosa y tirotoxicosis^{9,10}.

La esclerosis con tetraciclina de los quistes parati-

roideos no funcionantes ha sido comunicada en 6 pacientes^{3,4,7,8}, y con etanol en tan sólo 2^{5,6}, con resolución del quiste en todos los casos. Cabe resaltar que en la serie de esclerosis con tetraciclina de Okamura et al⁷, en 3 de 4 pacientes el control ecográfico posterior a la esclerosis no demostró la presencia de ninguna lesión, a diferencia de los pacientes en que sólo se efectúa punción-evacuación, en los que suele persistir un pequeño quiste residual; con etanol, esta aparente resolución completa del quiste sólo ha ocurrido en uno de los 2 pacientes previamente comunicados⁵ y en el descrito en esta comunicación (fig. 1).

Aunque escasos, estos ejemplos de pacientes con quiste paratiroideo no funcionante tratados mediante la evacuación del contenido quístico y la esclerosis con etanol sugieren la consideración de esta modalidad de tratamiento como una opción inicial segura, efectiva y relativamente cómoda, que puede hacer innecesaria una intervención quirúrgica. Asimismo, sería interesante evaluar su aplicación en los quistes paratiroideos hiperfuncionantes, pues por semejanza, en los nódulos sólidos tiroideos y paratiroideos hiperfuncionantes, la esclerosis con etanol también ha demostrado ser eficaz^{9,10}.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Pascual L, Simó Canonge R, Obiols Alfonso G, Mesa Manteca J. Quiste de paratiroides. *Med Clin (Barc)* 1990;94:518.
2. Zafón C, Simó R, Baena JA, Mesa J. Hiperparatiroidismo por quiste gigante de paratiroides. *Med Clin (Barc)* 1997;109:198.
3. Prinz RA, Peters JR, Kane JM, Wood J. Needle aspiration of nonfunctioning parathyroid cysts. *Am Surg* 1990;56:420-2.
4. Shi B, Guo H, Tang N. Treatment of parathyroid cysts with fine-needle aspiration. *Ann Intern Med* 1999;131:797-8.
5. Akel M, Salti I, Azar ST. Successful treatment of parathyroid cyst using ethanol sclerotherapy. *Am J Med Sci* 1999;317:50-2.
6. Zingrillo M, Ghiggi MR, Liuzzi A. A large, nonfunctioning parathyroid cyst recurring after aspiration and subsequently cured by percutaneous ethanol injection. *J Clin Ultrasound* 1996;24:378-82.
7. Okamura K, Ikenoue H, Sato K, Yoshinari M, Nakagawa M, Kuroda T, et al. Sclerotherapy for benign parathyroid cysts. *Am J Surg* 1992;163:344-5.
8. Sánchez A, Carretto H. Treatment of a nonfunctioning parathyroid cyst with tetracycline injection. *Head Neck* 1993;15:263-5.
9. Solbiati L, Giangrande A, De Pra L, Bellotti E, Cantù P, Ravetto C. Percutaneous ethanol injection of parathyroid tumors under US guidance: treatment for secondary hyperparathyroidism. *Radiology* 1985;155:607-10.
10. Bennedbaek FN, Nielsen LK, Hegedüs L. Effect of percutaneous ethanol injection therapy versus suppressive of l-thyroxine on benign solitary solid cold thyroid nodules: a randomized trial. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:830-5.