

Quiste paratiroideo

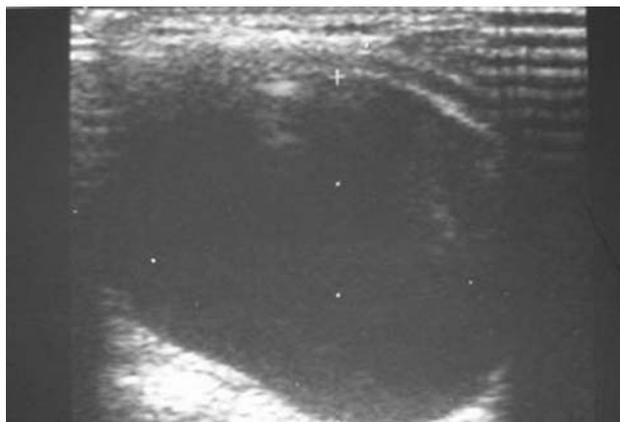


Fig. 1.



Fig. 2.

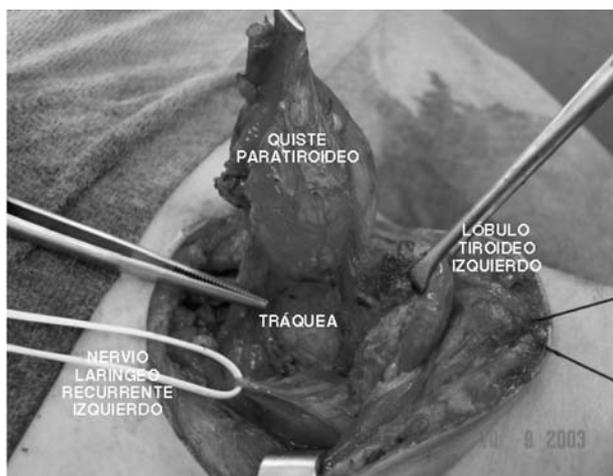


Fig. 3.

Caso clínico

Paciente de 20 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos de interés, que consultó por notar una tumoración no dolorosa en el lado izquierdo del cuello, sin sintomatología deglutoria ni alteraciones en la voz. La exploración revelaba una tumoración en la región cervical anterior izquierda, elástica, de unos 5 cm de diámetro, que se extendía hasta la línea media y se prolongaba por detrás de la clavícula izquierda y el esternón.

Se realizó una ecografía que informó de imagen quística bien definida (fig. 1), que parecía depender del polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo, de 55 x 32 x 27 mm, que se extendía a la región supraclavicular y se deslizaba con los movimientos deglutorios. La tomografía computarizada (TC) cervical evidenció una masa quística de paredes finas y un tamaño aproximado de 3 x 5 cm, loca-

lizado por delante de los vasos cervicales y posterior al músculo esternocleidomastoideo izquierdo, compatible con quiste tiroideo o paratiroideo (fig. 2). La analítica de la paciente mostró unos valores normales de hormonas tiroideas (T4 libre, 12,7 pg/ml [normal, 7,8-19,4 pg/ml]; TSH, 5,4 mU/ml [normal, 0,1-4 mU/ml]); calcitonina, 6,4 pg/ml (normal, 0-10 pg/ml); PTHi, 28 pg/ml (normal 9-65 pg/ml), calcemia de 9,5 mg/dl (normal, 8,1-10,4 mg/dl) y fosforemia de 5,1 mg/dl (normal, 2,7-4,5 mg/dl).

Se realizó una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) del quiste, obteniendo aproximadamente 4 ml de líquido transparente tipo "agua de roca", y la determinación de la PTHi del mismo fue de 4.600 pg/ml (normal, 9-65 pg/ml), diagnosticándose de quiste paratiroideo izquierdo.

En el seguimiento de la paciente, a los 8 meses, se comprobó una recidiva del quiste, que se volvió a evacuar, tras lo cual volvió a recidivar a los 5 meses, indicán-

dose la exéresis quirúrgica. En la intervención se extirpó un quiste dependiente de la glándula paratiroides inferior izquierda de unos 10 × 5 cm de diámetro y 15 g de peso (fig. 3).

La anatomía patológica de la pieza informó de quiste paratiroideo.

Diagnóstico

Quiste paratiroideo inferior izquierdo.

Comentarios

La ecografía es una exploración complementaria muy importante en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales anteriores. Su utilidad fundamental estriba en que permite distinguir los nódulos sólidos de los quistes y en su capacidad para dirigir la punción-biopsia en

los de menor tamaño. Además, dependiendo del ecografista, es posible que permita distinguir el origen de la tumoración. Entre los tumores cervicales anteriores, la entidad patológica más frecuente es el nódulo tiroideo, concretamente en su forma patológica de nódulo coloide, aislado o en el marco de un bocio multinodular. Los quistes paratiroides son procesos mucho más infrecuentes que suelen ser difíciles de distinguir clínicamente de los tumores tiroideos. No necesariamente cursan con hiperparatiroidismo. En su diagnóstico, incluso la ecografía, como en nuestro caso, puede no distinguir su origen del quiste tiroideo. La punción, obteniendo un líquido transparente rico en paratirina, nos dirigirá al diagnóstico. En su manejo, es posible que tras la punción se resuelva pero, en caso de recidiva, debe aconsejarse su exéresis.

Julián Illana, Antonio Piñero y Pascual Parrilla

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.