

QUISTES PARATIROIDEOS

PARATHYROID CYSTS

KISTEAK TIROIDEOENTZAT

(1) Miguel Echenique-Elizondo †, (2) Jose Antonio Amondarain-Arratibel, (2) Carlos Lirón-de-Robles-Sanz, (3) Aitor De-la-Quintana, (2) Carmen Olalla, (1) Javier Díaz-Aguirreogitia

(1) Departamento de Cirugía. Universidad del País Vasco. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.

(2) Departamento de Cirugía. Hospital Donosti. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE

(3) Departamento de cirugía. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia. España UE.

RESUMEN

El quiste paratiroideo representando el 1 % de todos los quistes cervicales

MATERIAL Y METODOS. Hemos recogido los casos de pacientes intervenidos por presentar un quiste paratiroideo en dos Hospitales entre Enero del 2000 y Diciembre del 2006.

RESULTADOS. Tres quistes paratiroideos (1,09%) de los casos de hiperparatiroidismo intervenidos.. Dos de ellos presentaron un cuadro de hiperparatiroidismo Existe un seguimiento de 13, 35 y 56 meses sin evidencia de recidiva

CONCLUSIONES. Los quistes paratiroideos deben sospecharse ante tumoraciones cervicales de etiología imprecisa y sobre todo si se asocian a una situación de hiperparatiroidismo.

Palabras clave: quiste paratiroideo, pacientes, quiste.

SUMMARY

Parathyroid cysts represent 1% of all cervical cysts.

MATERIAL & METHODS. A review on parathyroid cyst operated on two hospitals between January 2000 and December 2006 is reviewed..

RESULTAS. Three parathyroid cysts were studied. They represented 1,09% of all cases of hyperparathyroidism operated on. Two presented with hyperparathyroidism. There is a follow-up of 13, 35 and 56 months without recurrence.

CONCLUSIONS. Parathyroid cysts must be suspected in presence of cervical cyst of dubious etiology and mainly if associated with hyperparathyroidism.

Key words: Parathyroid, patient, cyst.

LABURPENA

Kiste paratiroidea, kiste zerbikal guztien % 1 izan ohi dena

MATERIALA ETA METODOAK. 2000ko urtarrilaren eta 2006ko abenduaren artean bi Erietxetan kiste paratiroideo bat zutelako interbenitu ziren gaixoen kasuak bildu ditugu.

EMAITZAK. Interbenitutako hiperparatiroidismo kasuen hiru kiste paratiroideo (%1,09). Bi horietakok hiperparatiroidismo koadro bat ageri zuten. 13, 35 eta 56 hilabeteko jarraipen bat dago, berreritze frogarik gabe

ONDORIOAK. Kiste paratiroideoak susmatu behar dira etiologia zehaztugabea duten tumorazio zerbikaletan eta batez ere, hipertiroidismo egoera batei lotzen bazaizkio.

Gako-hitzak: paratiroidea, kiste

Correspondencia:

Miguel Echenique-Elizondo.

Catedrático de Cirugía. Universidad del País Vasco.

Unidad Docente de Medicina de San Sebastián.

Paseo Dr. Beguiristain, 105.

20014 Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.

Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Enviado: 10/04/07 Aceptado: 21/01/08

Figura 1.- Quiste paratiroideo. Caso 3. Campo operatorio.

Figura 2.- Exéresis del quiste.

INTRODUCCIÓN

El quiste paratiroideo es una entidad clínica poco frecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumoración en región anterior del cuello y representando solamente el 1 % de todos los quistes cervicales. Se han descrito poco más de 200 casos desde que Sandstrom comunicó el primero en 1880 (1). Entre un 15 y un 50% son funcionales. Representan el 1% de los casos de hiperparatitoidismo.

MATERIAL Y METODO

Hemos recogido los casos de pacientes intervenidos por presentar un quiste paratiroideo en dos hospitales entre Enero del 2000 y Diciembre del 2006 entre 327 intervenidos por presentar hiperparatitoidismo primario.

RESULTADOS

En ambos centros han sido intervenidos un total de 327 pacientes con diagnóstico de hiperparatitoidismo primario 289 adenomas, 34 hiperplasias, un carcinoma y tres quistes paratiroideos (1,09%). Dos de ellos presentaron un cuadro de hiperparatitoidismo asociado – Tabla I – mientras que el tercero lo fue tras presentar una imagen quística cervical de etiología imprecisa - Figura 1-, pero cuya punción demostró un contenido de PTH de 1435 pg/mL en el aspirado. La punción de los restantes mostró asimismo elevados niveles de paratormona – Tabla I – . Solamente uno presentó una masa cervical palpable. Todos ellos fueron examinados mediante US y TAC confirmando la existencia de una lesión quística de origen

impreciso excepto en el caso 3. La gammagrafía con Tc-99 Sestamibi fue negativa en los tres casos. Los tres quistes estaban situados en las paratiroides inferiores: 2 en el lado izquierdo y 1 en el derecho. Fueron intervenidos realizándose en todos ellos una exéresis de quiste - Figura 2 - En los dos que presentaron un cuadro de hiperparatitoidismo se normalizaron los valores de PTH. Existe un seguimiento de 13, 35 y 56 meses, sin evidencia de recidiva hasta el momento actual

DISCUSIÓN

La importancia clínica de los quistes paratiroideos reside en que puede simular nódulos tiroideos y asociarse a hiperparatitoidismo (15-50% de ellos, según series), como en dos de nuestros casos. La mayoría se describen como quistes no funcionantes. Sin embargo cuando existen manifestaciones de hipertitoidismo el enfoque no varía mucho del seguido en el manejo del hiperparatitoidismo primario globalmente considerado. Generalmente afectan las paratiroides inferiores, aunque son menos frecuentes los quistes localizados en mediastino (2,3). En el cuello han sido descritos a diversos niveles: desde la mandíbula al timo (4). Los situados a nivel mediastínico suelen ser generalmente hiperfuncionales pues son habitualmente de mayor tamaño. La asociación a patología quística tiroidea hace que muchas pasen desapercibidas sobre todo si son no funcionantes. 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 varones (5,6). Los quistes grandes pueden causar disfagia y odinofagia y los ubicados en el mediastino pueden provocar disnea y parálisis del nervio laríngeo recurrente. La explo-

Tabla I. Datos clínicos de los pacientes

	Sexo	Edad	Intervención quirúrgica	Plasma-PTH preoperatoria (pg/mL)	PTH intraquístico (pg/mL)	Seguimiento
Caso 1	V	47	Exéresis quiste paratiroideo	130	3450	35 meses
Caso 2	M	76	Exéresis quiste paratiroideo	65	1435	13 meses
Caso 3	V	58	Exéresis quiste paratiroideo	175	2540	56 meses

ración física revela una masa suave y móvil en región anterior del cuello en algunos casos. La ecografía cervical demuestra su naturaleza quística, pero no pone de manifiesto su origen paratiroideo, diagnosticándose en la mayoría de los casos como quiste tiroideo. En la gamma-grafía cervical aparecen como zonas hipocaptantes, no siendo demostrables mediante el empleo de Tc-99 sestamibi, como sucede en la mayoría de los casos de pacientes con hiperparatiroidismo primario, 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 obtenido (7) que puede alcanzar niveles enormemente aumentados, siendo el diagnóstico definitivo en éstos casos. El diagnóstico diferencial incluye quiste de restos branquiales, quiste tiroideo y quistes tímicos (1,8)

El tratamiento inicial del quiste de paratiroides es la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) tal y como ha sido asegurado por algunos (9). Es una técnica fácil, segura, diagnóstica y terapéutica (10). Si hay recurrencia del quiste después de dos o más aspiraciones, lo que puede ocurrir hasta en el 75% de los casos, algunos autores recomiendan escleroterapia con tetraciclina ó etanol pero describen la neurotoxicidad y parálisis del nervio laríngeo recurrente como complicaciones potenciales de estos procedimientos. Es por ello que éste paso intermedio puede ser obviado en la actualidad y recurrir directamente a la cirugía.

La excisión quirúrgica se recomienda para quistes recurrentes y quistes funcionantes, ya que pueden estar asociados con otras alteraciones de las glándulas paratiroides ópatología tiroidea. No hay informes de malignización de quistes paratiroides no funcionantes, por lo que la cirugía profiláctica no está indicada en el momento del diagnóstico (1).

En conclusión, el quiste paratiroideo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervi-

cales. El diagnóstico definitivo preoperatorio debe establecerse mediante la determinación de PTH en el líquido obtenido con PAAF, que es una técnica diagnóstica y terapéutica si no existe un hiperparatiroidismo (11). La histopatología concluirá con el diagnóstico definitivo postoperatorio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ujiki MB, Nayar R, Sturgeon C, Angelos P. Parathyroid cyst: often mistaken for a thyroid cyst. *World J Surg.* 2007 ;31(1):60-4.
- 2.- Illana, J., Piñero, A., Parrilla, P. Quiste paratiroideo *Citruugía Española* 2004. 76 (2)- 120 – 121
- 3.- Wani S, Hao Z. Atypical cystic adenoma of the parathyroid gland: case report and review of literature. *Endocr Pract.* 2005;11(6):389-93.
- 4.- Casella C, Della Casa D, Baronchelli C, Di Fabio F, Mittempergher F. Giant intrathyroidal parathyroid cyst with hyperparathyroidism: a case report. *Ann Ital Chir.* 2005;76(4):391-4.
- 5.- Vicente A, Sastre J, Mollejo M, Fernández-Estivaris C, López J, Arranz A. Quistes paratiroides. Diagnóstico diferencial con patología tiroidea. Presentación de dos casos. *An Med Interna (Madrid)* 2000;17:84-5.
- 6.- Oh A, Mojica P, Sullivan M, Tan D, Hicks W Jr, Loree T, Rigual N. Malignant hypercalcemia associated with a parathyroid macrocyst and the early genesis of a giant cell tumor. *Am J Otolaryngol.* 2006 ;27(1):54-7.
- 7.- Shi B, Guo H, Tang N. Treatment of parathyroid cyst with fine-needle aspiration. *Ann Intern Med* 1999;131:797-8.
- 8.- Coelho DH, Boey HP. Benign parathyroid cyst causing vocal fold paralysis: a case report and review of the literature. *Head Neck.* 2006;28(6):564-6.
- 9.- Cohen O, Ilany J, Shimon I. Parathyroid cyst. *Thyroid.* 2004;14(4):325-6.
- 10.- Nozeran S, Duquenne M, Guyetant S, Rodien P, Rohmer V, Ronceray J, et al. Diagnosis of parathyroid cysts: Value of parathyroid hormone level in puncture fluid. *Presse Med* 2000;939:941.
- 11.- Ippolito G, Palazzo FF, Sebag F, Sierra M, De Micco C, Henry JF. A single-institution 25-year review of true parathyroid cysts. *Langenbecks Arch Surg.* 2006;391(1):13-8.