Quiste de paratiroides recurrente. A propósito de un caso

J. LORENZO, G. FERNÁNDEZ¹, B. IGLESIAS², R. BOENTE, MANUEL SAS

Servicios de Endocrinología, ¹Radiología y ²Anatomía Patológica. Hospital Povisa. Vigo.

RECURRENT PARATHYROID CYST. A CLINICAL CASE

RESUMEN

El quiste paratiroideo es una entidad infrecuente, tanto que solamente unos 200 casos han sido descritos. Puede ser funcional y no funcional. Los estudios de imagen no nos aclaran si la procedencia es paratiroidea o de otro origen y el diagnóstico se establece con el análisis del líquido extraído en la punción aspiración, donde se aprecian altas concentraciones de PTH. El tratamiento es la cirugía en los funcionales y la punción aspirativa en los no funcionales, que suelen solucionarse con una sola o a veces en otra repetida, dejándose para la cirugía los pocos recurrentes. Presentamos el caso de comportamiento recurrente y su evolución natural, donde la paciente rechaza la cirugía, siendo necesarias punciones repetidas. Después de 10 años no se ha malignizado ni cambiado su estado funcional, siendo necesario realizar repetidas punciones aspirativas cada 2-3 meses por molestias locales.

PALABRAS CLAVES: Quiste paratiroides. Paratiroides. Quiste funcional.

ABSTRACT

The parathyroid cyst is a very infrequent entity, so much so that only round about 200 cases have been described up to now. It can be functional and non-functional. The studies of image don't clarify to us if procedure becomes of parathyroid or it has another origin, and the diagnosis is made with the analysis come from the liquid obtained in the puncture aspiration, where high PTH's concentrations are seen. Surgery is the treatment for functional cysts and the puncture aspiration for non-functional, the fact that they use to get solved with only one but sometimes is necessary to repeated it, even more than one time, keeping for the surgery when recurrent. We presented a clinical case of recurrent parathyroid cyst and his natural evolution, due to patient rejects surgery, being necessary repeated punctures. It hasn't become malignant after 10 years and his functional status wasn't changed, being necessary to accomplish repeated punctures aspirations each 2-3 months for local bothers.

KEY WORD: Parathyroid Cyst. Parathyroid. Functional cyst.

Lorenzo J, Fernández G, Iglesias B, Boente R, Sas M. Quiste paratiroides recurrente. A propósito de un caso. An Med Interna (Madrid) 2008; 25: 231-233.

INTRODUCCIÓN

El quiste paratiroideo es una entidad bastante infrecuente, siendo solamente descritos hasta la actualidad poco más de 200. Puede tratarse de quistes funcionales que cursan con hiperparatiroidismo o ser no funcionales y pueden derivar molestias locales propias de su crecimiento. El tratamiento es la cirugía o la aspiración repetida pero poco sabemos acerca de la evolución natural, en caso de negativa a la cirugía. Presentamos un caso de 10 años de evolución, donde la aspiración repetida no resolvió el quiste y la paciente se negó a la cirugía.

CASO APORTADO

Hace 10 años una paciente de 45 años, consulta por tumoración cervical de reciente aparición sin signos ni síntomas de disfunción tiroidea. Se realiza ecografía cervical donde se aprecia una imagen

quistica de 4 cm (Fig. 1). Y se realiza PAAF, se extraen 15 ml de líquido transparente y con muy pocas células y su estudio diagnóstica lesión quística paratiroidea. Las determinaciones de hormonas tiroideas, calcio, fósforo y PTH están en valores de normalidad, siendo la determinación de PTH en el líquido de la punción de 405 pg/ml. A los 3 meses de la aspiración reaparece el quiste con similares características por lo que se le indica a la paciente el tratamiento quirúrgico que rechaza por lo que se vuelve a aspirar. Sucesivamente reaparece el quiste y sucesivamente es rechazada la opción quirúrgica por lo que se trata con repetidas aspiraciones cada 2-3 meses, durante este tiempo repetidos controles de calcio y PTH indican la no funcionalidad del mismo.

Después de 10 años, la última revisión realizada mostraba la siguiente analítica: glucosa 87 mg/dl, urea 28 mg/dl, creatinina: 0,80 mg/dl, colesterol: 174 mg/dl, Tg: 83 mg/dl, HDL-C: 52 mg/dl, LDL-C: 105,4 mg/dl, calcio: 8,90 mg/dl, fósforo: 3,70 mg/dl, Na: 139 mmol/l, K: 5,00 mmol/l, TSH: 2,48 mcU/ml (0,35-4,94), T4L: 0,95 ng/dl PTH-i: 26,9 pg/ml Anti-TPO < 10 IU/ml, similar a las presentadas en sucesivas revisiones (Fig. 1).

Fig. 1. Imagen potenciada en T2. Se aprecia una lesión con señal alta debido a su naturaleza quística y localizada en la región inferior e izquierda del cuello. Quiste paratiroideo.

Se extrajeron 20 ml y la PAAF: muestra grupos bidimensionales de células epiteliales, parcialmente artefactadas sobre un fondo hemático. Las células tienen núcleos homogéneos, redondos, con conservación de la relación núcleo-citoplasma. Los quistes paratiroides están tapizados por células epiteliales cuboidales o columnares bajas, y pueden contener tejido paratiroideo en su pared (Fig. 2). Habitualmente el líquido del aspirado de un quiste paratiroideo suele estar libre de células. De ahí la escasez en este caso.

Tratándose, pues de una lesión quística paratiroidea. El análisis del líquido obtenido: calcitonina: < 8 pg/ml y PTH-i: 479 pg/ml.

La paciente nuevamente se niega a la cirugía y a pesar de sucesivas aspiraciones no se resuelve el quiste y permanece no funcional. En 10 años no han variado las características clínicas desde su diagnóstico inicial.

DISCUSIÓN

Los quistes paratiroides son una entidad bastante infrecuente, de hecho sólo se han recogido en la literatura poco más de 200. Desde la primera descripción en 1880 (1) o desde la primera vez que fueron intervenidos quirúrgicamente (2) poco sabemos de su evolución natural, posibilidades de malignización o cambio funcional en el tiempo.

Pueden ser funcional (asociados a hipercalcemia) o no funcional, los funcionales suelen ser más frecuentes en hombres y

Fig. 2. Muestra grupos bidimensionales de células epiteliales, parcialmente artefactadas sobre un fondo hemático.

suelen ser secundarios a cambios degenerativos en tumores paratiroides (9) y los no funcionales son más frecuente en las glándulas inferiores y habitualmente se presentan en mujeres de mediana edad, como masa en cuello a estudio, siendo el ratio mujer: hombre de 2,5:1. Otras entidades con las que hacer diagnóstico diferencial menos frecuentes son: quistes del conducto tirogloso, quistes de la hendidura branquial, quistes de carcinoma papilar e incluso quistes esofágicos, aunque en ocasiones como componentes del adenoma paratiroideo (3).

Se han postulado distintas teorías para su formación (4) como: que se formen a partir de preexistente adenoma o hiperplasia, coalescencia de diversos quistes o procedente de restos embriológicos aunque probablemente sea multifactorial. Aproximadamente entre el 15-57% son funcionales (3) mientras otros autores como Calandra y cols. (5) publican una serie de 11 casos donde 10 son hiperfuncionales e incluso 2 asociados a crisis hiperparatiroidea.

La ecografía es una útil herramienta para el diagnóstico de un quiste, pero no nos aclara si es de origen paratiroideo, o de otro origen y en caso de ser funcional la administración de tecnecio sestamibi puede ser útil (6). Y la RMN aporta una aceptable información sobre esta patología como se aprecia en la figura 1. La obtención del líquido transparente por PAAF permita sospechar y la determinación de PTH en dicho líquido confirma el diagnóstico, pero una concentración elevada no es sinónimo de que sea hiperfuncional (7).

Respecto al tratamiento, depende si se trata de un funcional o no funcional, en el primer caso la cirugía es la indicación (9) y en el segundo, la punción aspiración constituye la primera línea de actuación (4-8). Shi (10) recoge 13 casos tratados con punción aspiración de los cuales 10 fue suficiente una sola aspiración y otros 2 necesitaron dos aspiraciones y sólo uno necesitó una tercera asociada a escleroterapia con tetraciclina. La escleroterapia con tetraciclina (11) o etanol (12) es recomendada por algunos autores pero puede ser neurotóxica

o acontecer parálisis del nervio recurrente (13). Y la cirugía es otra opción cuando es recurrente.

En nuestro paciente y ante la recurrencia de la lesión fue ofrecida la cirugía, pero le rechazó así como la posibilidad de escleroterapia. Por la particularidad del caso y ante la negativa de otras

opciones, no existen en nuestro conocimiento más casos descritos de evolución a largo plazo con repetidas aspiraciones cada 2-3 meses por molestias locales, y aunque no se pueden sacar conclusiones de un solo caso, muestra la ausencia de malignización y/o cambio en la función del quiste en su evolución natural.

Bibliografía

1. Sandstrom I. Om en Kortel hos menniskan och atskilliga doggdjus. Upsala Läkarsamfund 1880; 14: 441.
2. Goris D. Extirpation de trois lobules parathyroïdiens kystiques. Ann Soc Belge Chir 1905; 5: 394.
3. Michael B. Ujiki, Ritu Nayar, Cord Sturgeon, Peter Angelos. Parathyroid Cyst: Often mistaken for a thyroid Cyst. Online published. World J Surg; 2006.
4. Ippolito G, Palazzo FF, Sebag F, Sierra Mauricio, De Micco C, Henry J-F. A single institution 25-year review of true parathyroid cysts. Langenbecks Arch Surg 2006; 391: 13.
5. Calandra DB, Kishor H. Shah, Prinz R A, Sullivan H, Hofmann C et al. Parathyroid cysts: A report of eleven cases including two associated with hyperparathyroid crisis. Surgery 1983; 94: 887.
6. Rickels M, Langer Jill, Mandel Susan. Hyperfunctioning Intrathyroidal Parathyroid Cyst. J Endocrinol Metab 2004; 89: 1051-2.
7. Espinoza L, Molina M^a, González-Casado I, Gracia Bouthelie R. Quiste paratiroides: diagnóstico diferencial de tumoración cervical. Ann Pediatr 2003; 58: 188-90.
8. Vicente A, Sastre J, Mollejo M, Fernández-Estívariz C, López J, Arranz A. Quistes paratiroides. Diagnóstico diferencial con patología tiroidea. Presentación de dos casos. An Med Interna (Madrid) 2000; 17: 84-5.
9. Ghada El-Hajj Fuleihan. Parathyroid cysts. Up to date; 2006.
10. Bingyin Shi, Hui Guo, Nan Tang, Treatment of parathyroid cysts with fine-needle aspiration. Ann Intern Med 1999; 131: 797-8.
11. Okamura K, Ikenoue H, Sato K. Sclerotherapy for benign parathyroid cysts. Am J Surg 1992; 163: 344-5.
12. Karstrup S, Hegedus L, Holm HH. Ultrasonically guided chemical parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism: A follow-up study. Clin Endocrinol 1993; 38: 523-30.
13. Sánchez A, Carreto H, Treatment of non-functioning parathyroid cyst with tetracycline injection. Head Neck 1993; 15: 263-5.