



P-089 - CARCINOMA DE PARATIROIDES INTRATIROIDEO: UN RETO PARA EL DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO

Laínez Escribano, Mario; Toledo Martínez, Enrique; Magadán Álvarez, Cristina; García Cardo, Juan; Martínez Pérez, Paula; López Useros, Antonio; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Casanova Rituerto, Daniel Sebastián

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción y objetivos: El carcinoma de paratiroides (CaP) es muy infrecuente, representando el 0,005% de todos los cánceres y afectando aproximadamente al 1% de los pacientes con hiperparatiroidismo primario. Se han mencionado como factores de riesgo la irradiación cervical y el hiperparatiroidismo secundario o terciario relacionados con insuficiencia renal crónica. Suele desarrollarse espontáneamente, si bien puede aparecer en casos de neoplasia endocrina múltiple tipo 1 o tipo 2a. Puede ser asintomático, aunque habitualmente presenta hiperfunción hormonal e hipercalcemia asociadas. Los casos publicados de CaP intratiroides son escasos. El objetivo de este trabajo es presentar el manejo de 2 casos de CaP intratiroides.

Casos clínicos: El primer caso se trata de una mujer de 52 años, sin antecedentes, que consultó por dolores óseos, astenia y taquicardia. Analíticamente presenta hipercalcemia (11,9 mg/dl, rango 8,1-10,4 mg/dl) y elevación de PTH (271 pg/ml, rango 10-45 pg/ml). La ecografía mostró un nódulo hipoecogénico, heterogéneo, bien delimitado, no infiltrante, de 3,6 × 2,1 × 2,2 cm en la cara posterior del lóbulo tiroideo izquierdo. No presenta adenopatías. La gammagrafía de paratiroides en doble fase y SPECT cérvico-torácico con sestamibi-Tc99m objetivaron hipercaptación en lóbulo tiroideo izquierdo, que no se modifica tardíamente y sin captación extratiroides. Con el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario y adenoma de paratiroides intratiroides se procedió a su exéresis, identificando una tumoración infiltrante que engloba el hemitiroides izquierdo, paratiroides y esófago cervical. Se procedió a realizar una hemitiroidectomía izquierda sospechando un CaP. La histología identificó un CaP de 3 cm, infiltración del tejido tiroideo y contacto con el borde quirúrgico. El estudio inmunohistoquímico fue positivo para cromogranina, P53, CD31 y Ki67 (3%). Tras un postoperatorio sin complicaciones, el TAC demostró múltiples ganglios milimétricos en áreas laterocervicales II y III. El segundo caso se trata de una mujer de 56 años con bocio eutiroides. En el estudio de insuficiencia renal y una hipertensión arterial se evidencia hiperparatiroidismo primario (calcio de 14,6 mg/dl y PTH de 1.063 pg/ml). En la ecografía se muestra bocio multinodular con nódulo hipoecogénico de 20 mm en borde superior del lóbulo tiroideo derecho, siendo hipercaptante en la gammagrafía MIBI-Tc99. Se realiza tiroidectomía total y exéresis de paratiroides derecha en bloque (aspecto macroscópico de malignidad infiltrando nervio recurrente y pared esofágica). Presentó hipocalcemia y parálisis recurrencial bilateral que precisa de cordopexia de cuerda vocal izquierda dos años. La anatomía patológica diagnosticó un CaP. Durante el seguimiento radiológico, no se objetivaron signos de recidiva local ni a distancia. La paciente fallece a los 3 años de la cirugía.

Discusión: El principal reto en los casos de CaP es el diagnóstico preoperatorio. La mayoría (90%) son hiperfuncionantes, debiendo estudiarse mediante ecografía y gammagrafía con sestamibi-Tc99m. A menudo estas pruebas no diferencian entre adenoma y CaP, salvo que tenga afección metastásica (captación a distancia en gammagrafía). De esta manera el diagnóstico suele ser durante su intervención y el estudio histológico resultante, siendo fundamental tener siempre en mente el posible diagnóstico cuando los hallazgos sean sugestivos de infiltrar estructuras vecinas, debiendo obtener bordes quirúrgicos libres.