

Quiste paratiroideo: diagnóstico diferencial de tumoración cervical

L. Espinoza Colindres, M.^aA. Molina Rodríguez,
I. González Casado y R. Gracia Bouthelier

Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid. España.

Los quistes de paratiroides son una entidad clínica poco frecuente que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de tumoración cervical. El diagnóstico se establece por punción-aspiración con aguja fina (PAAF), que es un método diagnóstico y terapéutico.

Presentamos el caso de una niña con sospecha clínica inicial de nódulo tiroideo, pero en el que la PAAF permitió el diagnóstico de quiste paratiroideo.

Palabras clave:

Quiste. Glándula paratiroides. Punción-aspiración con aguja fina.

PARATHYROID CYST IN THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF NECK MASSES. A CASE REPORT

Parathyroid cysts are rarely seen in clinical practice. They should always be included in the differential diagnosis of neck masses. Conclusive diagnosis should be established by fine-needle aspiration (FNA), a procedure that is useful for both diagnostic and therapeutic purposes.

We report the case of girl who aroused clinical suspicion of thyroid node. However, the diagnosis of parathyroid cyst was subsequently confirmed by FNA.

Key words:

Cyst. Parathyroid gland. Fine-needle aspiration.

INTRODUCCIÓN

El quiste paratiroideo es una entidad clínica poco frecuente que debe considerarse en el diagnóstico diferencial de tumoración en región anterior del cuello. Se han descrito poco más de 200 casos desde que Sandstrom comunicó el primero en 1880. Su importancia clínica reside en que puede simular nódulos tiroideos y asociarse a hiperparatiroidismo.

El diagnóstico definitivo debe establecerse mediante la determinación de hormona paratiroidea (PTH) en el líquido obtenido a través de la punción-aspiración con aguja fina (PAAF), que es una técnica diagnóstica y terapéutica.

CASO CLÍNICO

Niña de 13 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude a nuestra consulta por haberse detectado desde hacía un mes de forma casual una tumoración en región anterior del cuello, sin progresión del tamaño de la misma. No presentaba síntomas de disfunción tiroidea ni de compresión local. La exploración física reveló una tumoración cervical de aproximadamente 3 cm de diámetro en región paratraqueal derecha. No se observaban signos inflamatorios ni adenopatías cervicales.

Exploraciones complementarias

Hemograma, bioquímica sanguínea y función tiroidea, normales.

Anticuerpos antitiroideos negativos.

En la ecografía tiroidea se observa una lesión anecoica de 28 × 27 mm de diámetro anteroposterior y transversal en lóbulo derecho, respectivamente, de margen nítido y realce acústico posterior. El resto de la glándula normal (fig. 1).

En la gammagrafía tiroidea se encontró lóbulo derecho aumentado de tamaño, observándose en el mismo una hipocaptación bien circunscrita en su base, correspondiente a una formación nodular hipofuncionante (fig. 2).

PAAF: punción-aspiración de 7 ml de líquido cristalino del nódulo laterocervical derecho. Se realiza análisis bioquímico de dicho líquido encontrando una concentración de PTH mayor de 2.500 pg/ml.

Correspondencia: Dra. L. Espinoza Colindres.

Servicio de Endocrinología Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz.
P.^o de la Castellana, 261. 28046 Madrid. España.
Correo electrónico: lesbyespinoza@yahoo.com

Recibido en octubre de 2002.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2002.

Posteriormente se realizó estudio de metabolismo fosfocálcico en sangre y orina: calcio en sangre, 9,5 mg/dl (normal de 8-10 mg/dl); fósforo en sangre, 4,5 mg/dl (normal de 3,5-5,2 mg/dl); calciuria, 1,58 mg/kg/día (normal menor de 4 mg/kg/día); vitamina D en suero, 13 ng/ml (normal, 10-40 ng/ml); PTHi plasma, 34 pg/ml (normal, 20-60 pg/ml) y calcio iónico, 1,32 mMol/l (normal 0,9-1,35 mMol/l).

Evolución

Clínicamente la paciente se encuentra asintomática y en el control ecográfico 6 meses después de la PAAF, se observa una importante disminución de tamaño del nódulo, aunque persiste imagen quística en íntima relación con la porción inferior del lóbulo tiroideo derecho que mide 5,9 × 5 mm (fig. 3).

Después de 9 meses de seguimiento, en el metabolismo fosfocálcico en sangre y orina se obtuvieron los siguientes resultados: calcio en sangre, 9 mg/dl; fósforo en sangre, 4,2 mg/dl; calciuria, 1,62 mg/kg/día; vitamina D en suero, 15 ng/ml; PTHi en plasma, 35 pg/ml; TSH, 6,06 μ U/ml (normal de 0,7-5,5 μ U/ml); tiroxina libre, 1,06 ng/ml (normal, 0,7-1,9 ng/ml).

DISCUSIÓN

Los quistes de paratiroides constituyen una causa poco frecuente de tumoración cervical, representando sólo el 1% de todos los quistes cervicales. En los hallazgos necróticos se describe una frecuencia de 42 a 84%. Su importancia clínica reside en que pueden simular nódulos tiroideos, como ocurrió en nuestro caso, o asociarse en el 10% a hiperparatiroidismo y crisis de hipercalcemia. La mayoría se describen como quistes no funcionantes. Generalmente afectan las paratiroides inferiores, aunque son menos frecuentes los quistes localizados en mediastino. 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^{1,2}.

Se han propuesto numerosas teorías como posibles etiologías del quiste de paratiroides. Éstas incluyen:

1. Degeneración, infarto o hemorragia de una glándula paratiroides o adenoma paratiroideo.
2. Coalescencia de microquistes.
3. Retención de coloide paratiroideo.
4. Persistencia de los canales de Kursteiner¹⁻³.

La mayoría de los pacientes inicialmente se presentan con una masa asintomática en región anterior del cuello. Los quistes grandes pueden causar disfagia y odinofagia y los ubicados en el mediastino pueden provocar disnea y parálisis del nervio laríngeo recurrente. La exploración física revela una masa suave y móvil en región anterior

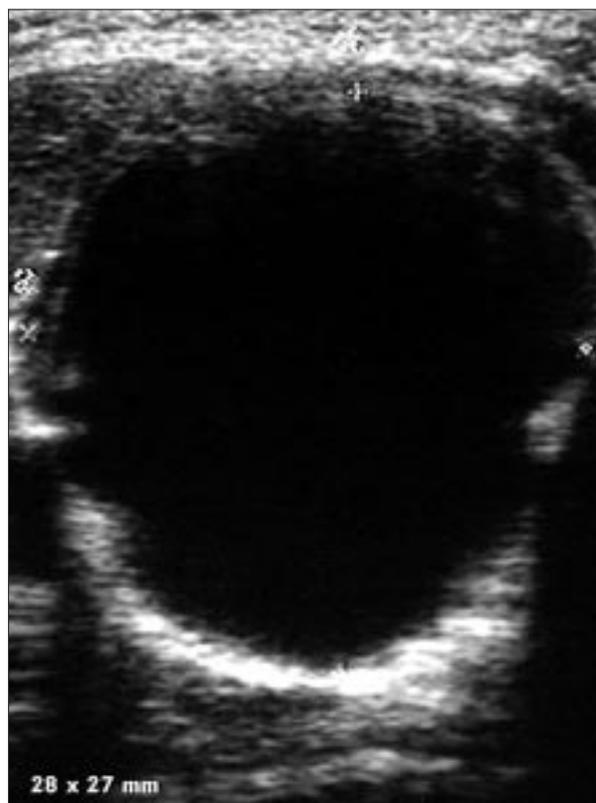


Figura 1. Primera ecografía tiroidea revela lesión anecoica localizada en el lóbulo derecho de 2,8 × 2,7 cm.

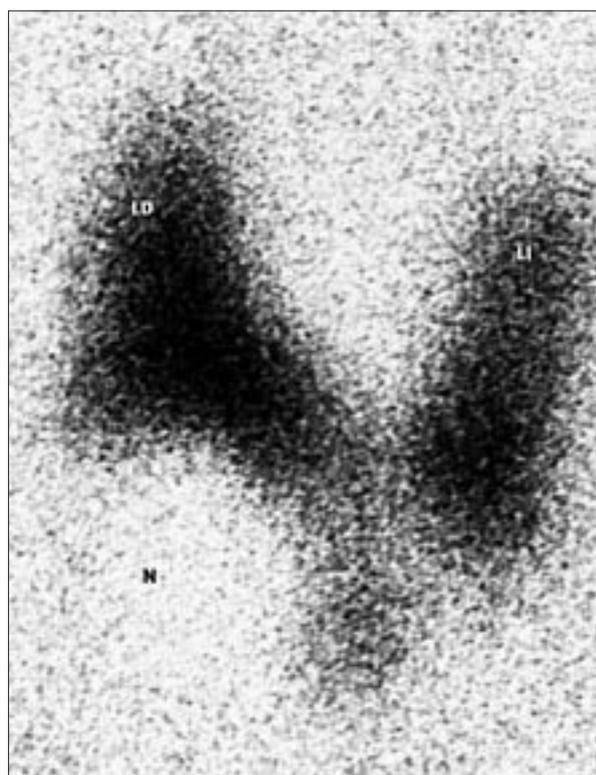


Figura 2. Gammagrafía tiroidea. LD: lóbulo derecho; LI: lóbulo izquierdo; N: nódulo.

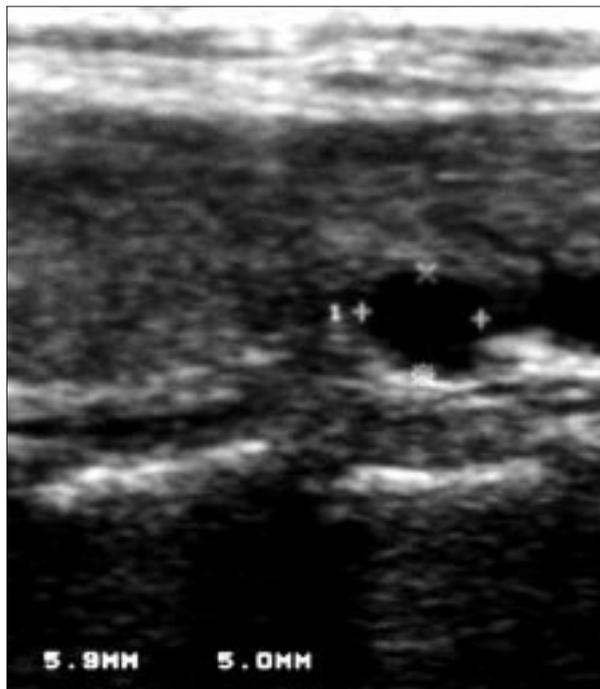


Figura 3. Ecografía 6 meses después de la PAAF.

del cuello. 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 gammagrafía cervical aparecen como zonas hipocaptantes, 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^{2,4-6}. La determinación de la molécula PTH-C terminal y PTH intacta proporcionan una mayor especificidad, mientras que la medición de PTH-N terminal puede provocar falsos negativos. Las concentraciones elevadas de PTH en el líquido del quiste no indican que este sea funcionante o no, ya que se han descrito valores altos de PTH (> 1.200 ng/dl) en ambos casos.

El diagnóstico diferencial incluye quiste de restos branquiales, quiste tiroideo y quistes tímicos²⁻⁴.

El tratamiento inicial del quiste de paratiroides es la PAAF. Es una técnica fácil, segura, diagnóstica y terapéutica^{1-3,5,6}. Si hay recurrencia del quiste después de dos o más aspiraciones, algunos autores recomiendan escleroterapia con tetraciclina o etanol pero describen la neurotoxicidad y parálisis del nervio laríngeo recurrente como complicaciones potenciales de este procedimiento. La escisión quirúrgica se recomienda para quistes recurrentes y quistes funcionantes, ya que pueden estar asociados con otras alteraciones de las glándulas paratiroides o patología tiroidea^{1,4}.

No hay informes de malignización de quistes paratiroides no funcionantes, por lo que la cirugía profiláctica no está indicada en el momento del diagnóstico².

En conclusión, el quiste paratiroideo debe considerarse en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones cervicales. El diagnóstico definitivo debe establecerse mediante la determinación de PTH en el líquido obtenido con PAAF, que es una técnica diagnóstica y terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Alvi A, Myssiorek D, Wasserman P. Parathyroid cyst: Current diagnostic and management principles. *Head & Neck* 1996;18:370-3.
3. Jha BC, Nagarkar NM, Kochlar S, Mohan H, Dass A. Parathyroid cyst: A rare cause of an anterior neck mass. *J Laryngol Otol* 1999;113:73-5.
4. Shi B, Guo H, Tang N. Treatment of parathyroid cyst with fine-needle aspiration. *Ann Intern Med* 1999;131:797-8.
5. Moreau-Lenoir F, Gruyer X, Francois A, Vinel V, Dehesdin D, Andrieu-Guitrancourt J. Parathyroid cysts: Report of 2 cases and review of the literature. *Ann-Otolaryngol Chir Cervicofac* 2000;117:403-9.
6. 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.

Fe de errores

En el artículo titulado "Miocardio ventricular no compacto aislado" (*An Esp Pediatr* 2002;57:570-3) se ha producido un error en el apellido del segundo autor. El nombre correcto es S. Rite Gracia.