

# Quiste de paratiroides gigante como presentación de una tumoración cervical

*Giant parathyroid cyst as presentation of a cervical tumor*

 Vélez Romero, María Ángeles<sup>1</sup>,  Muñoz Moreno, Diego<sup>2</sup>,  Añez Ramos, Roberto José<sup>3</sup>,  Ágreda García, Javier<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Fundación Jiménez Díaz. Madrid. España.

<sup>2</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Rey Juan Carlos. Móstoles (Madrid). España.

<sup>3</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

\*Autor de correspondencia: Muñoz Moreno, Diego. Médico Especialista en Endocrinología y Nutrición.

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Correo electrónico: [diego.munozm@edu.uah.es](mailto:diego.munozm@edu.uah.es)

Received: 04/24/2022 Accepted: 06/19/2022 Published: 08/25/2022 DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.7029812>

303

## Resumen

Los quistes de paratiroides son entidades raras fácilmente confundibles con los quistes tiroideos, mucho más frecuentes. En ocasiones se asocian a hipersecreción hormonal con hiperparatiroidismo primario manifiesto. El diagnóstico se basa en la ecografía cervical y el análisis del líquido de la punción-aspiración por aguja fina. El caso que presentamos ilustra el manejo diagnóstico y resulta llamativo por el tamaño de la lesión.

## Introducción

Los quistes de paratiroides (QP) son una entidad poco común que representa menos del 0.5% de la patología paratiroidea y 1 a 5% de las masas cervicales. Pueden localizarse tanto en el cuello como en el mediastino.

Parecen tener una predilección femenina con un ratio hombre:mujer de 1:2.5. Aparecen con mayor frecuencia de la cuarta a la sexta décadas de la vida.

Se pueden subdividir en 2 categorías: funcionantes y no funcionantes, con respecto a su capacidad de producción de hormona paratiroidea. Los quistes funcionantes constituyen el 20% de los casos y son más comunes en los hombres.

Sin embargo, los microquistes de la glándula paratiroidea son un hallazgo común en la población general y se asocian principalmente al envejecimiento de las glándulas, que además presentan un mayor contenido de grasa.

El diagnóstico diferencial debe incluir al quiste del conducto tirogloso, quiste branquial, quiste tímico, adenoma quístico de tiroides y carcinoma de paratiroides<sup>1,2</sup>.

### Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 36 años sin antecedentes de interés que acude a consulta de Endocrinología por presencia de bultoma cervical de unos 4 meses de evolución con crecimiento paulatino, sin dolor cervical sin sintomatología compresiva local asociada.

## Abstract

Parathyroid cysts are rare entities easily confused with thyroid cysts, which are much more frequent. They are sometimes associated with hormonal hypersecretion with manifest primary hyperparathyroidism. Diagnosis is based on cervical ultrasound and the analysis of fluid from the fine needle aspiration. The case we present illustrates the diagnostic management and is striking due to the size of the lesion.

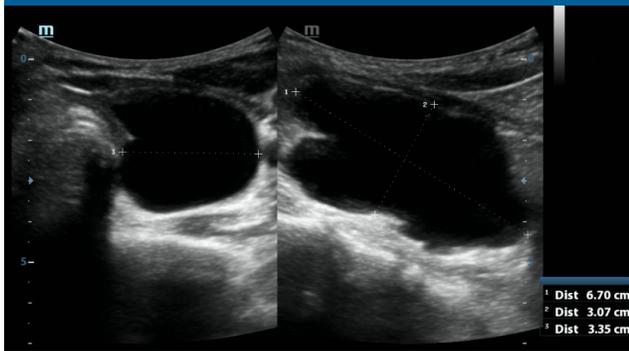
They are sometimes associated with hormonal hypersecretion with manifest primary hyperparathyroidism. Diagnosis is based on cervical ultrasound and the analysis of fluid from the fine needle aspiration. The case we present illustrates the diagnostic management and is striking due to the size of the lesion.

**Palabras clave:** Tumoración cervical, Quiste de paratiroides, Ecografía de cuello.

A la exploración física se palpa formación nodular en teórica localización de lóbulo tiroideo izquierdo, de unos 4-5 cm de eje craneocaudal, firme a la palpación, con bordes bien definidos y no adherido a planos profundos.

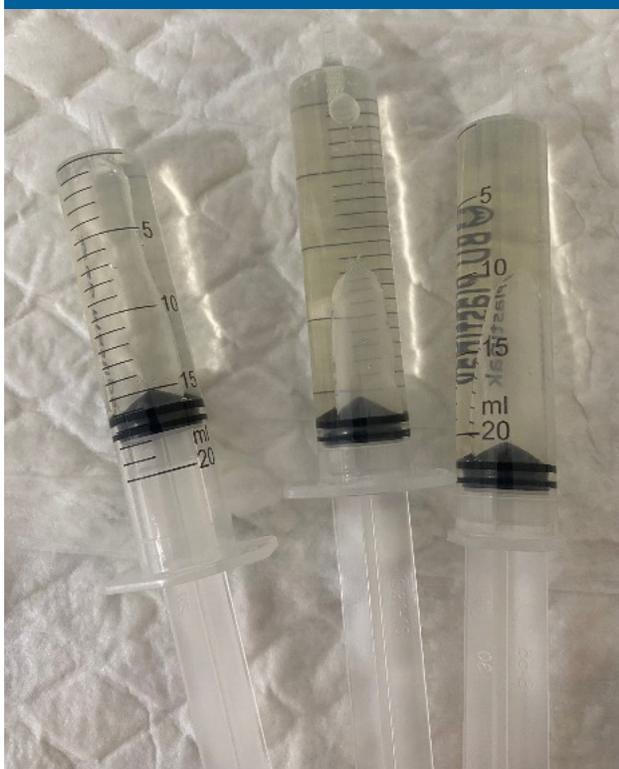
Se realiza ecografía en consulta (**figura 1**) en la que se observa un nódulo quístico que desplaza y contacta con el polo postero-inferior del lóbulo tiroideo izquierdo. Mide 34.5x33.7x65.5mm. Márgenes bien definidos y avascular. Presenta un pequeño tabique isoecoico en su interior. Analíticamente la función tiroidea era normal.

**Figura 1. Ecografía cervical que muestra quiste paratiroideo de hasta 6.7 cm.**



Inicialmente el nódulo quístico descrito en la ecografía se considera como un nódulo de origen tiroideo. Por tamaño, se decidió realizar punción-aspiración con aguja fina (PAAF), obteniendo 60 cc de líquido totalmente trasparente con aspecto de “agua de roca” (**figura 2**).

**Figura 2. Líquido de PAAF con aspecto de “agua de roca”.**



Se envía muestra al servicio de Anatomía Patológica, que refiere material acelular y con ausencia de coloide. La citología resulta por lo tanto no diagnóstica o insatisfactoria (categoría-I de Bethesda).

Las características semiológicas del líquido extraído hicieron sospechar que no se tratara de una lesión de origen tiroideo, cuyo aspecto suele ser el de un líquido de aspecto coloide, marrónáceo o espumoso y amarillento, por lo que se solicitó determinación de tiroglobulina y hormona paratiroidea (PTH) en el líquido, siendo ésta una determinación que no se realiza de rutina en el estudio de los nódulos tiroideos. Se obtuvo una PTH en líquido de PAAF de 383 ng/L y Tiroglobulina de 0.1 g/L.

Estos hallazgos fueron clave para reorientar el caso, puesto que se trataba de un quiste de paratiroides, entidad muy infrecuente, y no de un nódulo tiroideo quístico como se sospechó en un primer momento. A partir de entonces se realizó estudio dirigido del metabolismo fosfo-cálcico mediante analítica de sangre y de orina, que no mostraba alteraciones salvo insuficiencia de vitamina D (22.2 µg/L), estando la PTH en rango de normalidad (PTH 41 ng/L) y presentando normocalcemia (9.0 mg/dL).

El paciente se encuentra asintomático en cuanto a sintomatología compresiva local y pendiente de nueva revisión en consulta para decidir conducta terapéutica.

## Discusión

La presentación más habitual es una masa cervical asintomática. A menudo se confunden como un nódulo tiroideo solitario. Algunos de ellos pueden presentar clínica compresiva como disfagia, disfonía o disnea.

En caso de hiperparatiroidismo primario asociado, la causa subyacente suele ser un adenoma que coexiste con el quiste o bien que ha degenerado en el mismo. Puede generar síntomas de hipercalcemia como estreñimiento, litiasis renal, fracturas óseas incluso alteraciones del sistema nervioso.

Las glándulas paratiroides inferiores son las más comúnmente afectadas con predominio del lado izquierdo.

La histología de los QP se basa en un epitelio lineal cuboideo o columnar recubierto por una fina pared capsular<sup>1,2</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye quiste del conducto tirogloso, quiste braquial, quiste tímico, adenoma tiroideo quístico y carcinoma de paratiroides.

El manejo diagnóstico debe incluir un examen físico de cabeza y cuello, ecografía cervical y aspiración con aguja fina. En el caso del quiste paratiroideo, típicamente el líquido es de aspecto claro, trasparente, como “agua de roca” aunque se han descrito casos en la literatura en que el aspecto es marrónáceo similar al del nódulo tiroideo quístico<sup>3</sup>.

El líquido del quiste contiene invariablemente niveles elevados de hormona paratiroidea. Sin embargo, los niveles de calcio dentro del quiste son variables.

La tomografía axial computarizada y la resonancia magnética nuclear pueden estar indicadas cuando existe una masa a nivel cervical o mediastínico que no se ha logrado caracterizar con los métodos diagnósticos previamente descritos. El diagnóstico final se alcanza mediante el análisis anatomopatológico de la lesión<sup>4,5</sup>.

La PAAF además de ser útil para el diagnóstico puede ser una herramienta terapéutica. La esclerosis con tetraciclina o etanol ha sido recomendada por algunos autores, e incluso se ha recomendado como un segundo escalón terapéutico tras el fracaso del drenaje percutáneo por punción<sup>6</sup>.

En otros casos se puede realizar cirugía, sobre todo si es funcionante<sup>2</sup>. Cuando se elige la escisión quirúrgica como el tratamiento más apropiado, es imprescindible un manejo cuidadoso del quiste para evitar su rotura.

La hemorragia es una complicación temprana de la PAAF y también se han descrito recurrencias tras la misma. Las complicaciones de la escisión quirúrgica comprenden la hipocalcemia, hemorragia y parálisis del nervio laríngeo recurrente.

No se ha notificado transformación maligna de estos quistes y no se ha descrito mortalidad asociada<sup>1</sup>.

## Referencias

1. Papavramidis TS, Chorti A, Pliakos I, Panidis S, Michalopoulos A. Parathyroid cysts: A review of 359 patients reported in the international literature. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Jul;97(28):e11399. doi: 10.1097/MD.00000000000011399. PMID: 29995785; PMCID: PMC6076162.
2. Fortson JK, Patel VG, Henderson VJ. Parathyroid cysts: a case report and review of the literature. *Laryngoscope*. 2001 Oct;111(10):1726-8. doi: 10.1097/00005537-200110000-00010. PMID: 11801933.
3. Colsa-Gutiérrez P, Kharazmi-Taghavi M, Pelayo-Salas Á, Ingelmo-Setién A. Adenoma quístico de paratiroides: a propósito de un caso. *Acta Otorrinolaringológica Española*. septiembre de 2015;66(5):e28-30.
4. de Vera Gómez PR, Aguado JM, González MM, Hernández TM, Idoate MA. Cystic parathyroid lesions: concerning a rare heterogeneous entity-two case reports. *Hormones (Athens)*. 2021 Nov 25. doi: 10.1007/s42000-021-00340-z.
5. Pontikides N, Karras S, Kaprara A, Cheva A, Doumas A, Botsios D, Moschidis A, Efthimiou E, Wass J, Krassas G. Diagnostic and therapeutic review of cystic parathyroid lesions. *Hormones (Athens)*. 2012 Oct-Dec;11(4):410-8. doi: 10.14310/horm.2002.1372.
6. Ruiz J, Ríos A, Rodríguez JM, Parrilla P. Non-functioning parathyroid cysts refractory to conservative treatment. *Cir Esp*. 2018 Jan;96(1):52-54. English, Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2017.02.012.

## Conclusiones

**L**os QP pueden presentarse como un problema diagnóstico. Se trata de lesiones poco prevalentes que pueden imitar a los nódulos tiroideos. Debemos considerarlos dentro del diagnóstico diferencial de las masas cervicales. El diagnóstico definitivo es histopatológico pero se suele llegar a él través de hallazgos ecográficos y el estudio del líquido de la PAAF que presenta aspecto transparente “en agua de roca”. El tratamiento puede llevarse a cabo mediante el vaciamiento del líquido a través de la PAAF, la esclerosis con etanol o tetraciclina y la cirugía, siendo especialmente importante la manipulación cuidadosa del mismo para evitar su rotura.