

Carcinoma Folicular de Tiroides concomitante con Hiperparatiroidismo Primario. Caso Clínico

Follicular Thyroid Carcinoma synchronously to Primary Hyperparathyroidism A Case Report

Vicente Pino Rivero ■ M^a Elena Mora Santos ■ Carlos G. Pantoja Hernández ■ Fernando Carrasco Claver ■
José Manuel Pereda Tamayo ■ Alfonso Ambel Albarrán ■ Federico del Castillo BENEYTO

RESUMEN

Presentamos un caso clínico raro de un carcinoma folicular de tiroides sincrónico con hiperparatiroidismo primario en una mujer de 43 años sin antecedentes de interés. La paciente sufría hipercalcemias leves pero con litiasis, clínica osteomuscular y digestiva acusada. Los estudios de imagen preoperatorios sugerían la presencia de un adenoma de paratiroides con Punción Aspirativa con Aguja Fina (P.A.A.F.) de bocio coloide derecho, por lo que se procedió inicialmente a realizar una hemitiroidectomía derecha. El diagnóstico Anatómico- Patológico (AP) fue de adenoma paratiroideo coincidente con carcinoma folicular. A las pocas semanas de la primera intervención se completó la cirugía con una hemitiroidectomía izquierda que no objetivó otro foco tumoral. En el postoperatorio apareció una hipocalcemia transitoria que requirió tratamiento con calcio intravenoso y oral. Las revisiones posteriores en consultas fueron normales y el seguimiento clínico ha sido de 8 años.

Palabras clave: Hiperparatiroidismo Primario; Carcinoma Folicular.

ABSTRACT

A rare case of synchronous follicular carcinoma and primary hyperparathyroidism is reported for a 43- years old female without interesting antecedents. Our patient suffered light hypercalcemias but notorious osteomuscular, lithiasis and digestive clinical symptoms. The presurgical imaging tests suggested the presence of a parathyroid adenoma with Fine Needle Aspiration Biopsy (F.N.A.B.) of right colloid goiter, so that we performed a right hemithyroidectomy at first place. The pathology report was parathyroid adenoma synchronously with follicular carcinoma. A few weeks after the initial surgery we completed the intervention by a left hemithyroidectomy that not showed another tumoral focus. In the postsurgical period a transitory hypocalcemia was noticed and required treatment with endovenous and oral calcium aport. Finally, the check-ups in consulting were normal with a follow-up of 8 years.

Keywords: Primary hyperparathyroidism; follicular carcinoma.

VICENTE PINO RIVERO

Facultativo Especialista del Área de O.R.L. H.C.A.

M^a ELENA MORA SANTOS

Médico Residente de O.R.L. C.H.U.B.A

CARLOS G. PANTOJA HERNÁNDEZ

Médico Residente de O.R.L. C.H.U.B.A

FERNANDO CARRASCO CLAVER

Médico Adjunto de O.R.L. C.H.U.B.A

ALFONSO AMBEL ALBARRÁN

Médico Adjunto de O.R.L. C.H.U.B.A.

FEDERICO DEL CASTILLO BENEYTO

Jefe de Servicio H.C.A.

Complejo Hospitalario de Badajoz y Hospital Campo Arañuelo (Navalmoral de La Mata-Cáceres)

Correspondência:

Vicente Pino Rivero

Avda. Antonio Masa Nº 3 5^o-G

06005 Badajoz (Espanha)

vicentepinorivero@terra.com

INTRODUCCIÓN

Aunque la asociación del hiperparatiroidismo con patología tiroidea es relativamente frecuente, son raros los casos de asociación con carcinomas tiroideos y más aún con las variantes foliculares de los mismos.

Presentamos el caso de una paciente joven que presentaba simultáneamente un bocio coloide nodular derecho y un carcinoma folicular confirmado tras el estudio anatomopatológico de la pieza. La sintomatología clínica era la de una hipercalcemia leve con manifestaciones osteomusculares y digestivas marcadas, así como litiasis renal y vesical. La paratohormona se encontraba también discretamente elevada y las pruebas de imagen (P.A.A.F., ecografía y gammagrafía) confirmaban la presencia de

un bocio coloide derecho y un presunto adenoma de paratiroides ipsilateral.

Aportamos el tratamiento quirúrgico (dos intervenciones) realizado, los resultados de la AP y la evolución postoperatoria. La paciente fue controlada posteriormente y periódicamente tanto por nuestra parte como por el Servicio de Endocrinología y se encuentra tras 8 años de la cirugía libre de enfermedad.

Queremos destacar la rareza de esta asociación y las dificultades diagnósticas y terapéuticas que plantea al otorrinolaringólogo.

CASO CLÍNICO

Mujer de 43 años de edad controlada en Consultas Externas de ORL y enviada por el Servicio de Endocrinología por presentar un nódulo tiroideo derecho asociado a hiperparatiroidismo primario. La paciente presentaba hipercalcemias leves con hipofosforemia con clínica consistente en astenia, dolores osteomusculares, dolor epigástrico, pirosis y episodios previos repetidos de litiasis renal y vesical.

La exploración ORL, aparte de una perforación ótica y nasal de origen traumático revelaba una glándula tiroidea aumentada de tamaño a expensas del lóbulo tiroideo derecho donde se palpaba un nódulo de unos 3 cm de diámetro. No disfonía ni adenopatías cervicales asociadas.

Se solicitaron las siguientes exploraciones y pruebas complementarias cuyo resultado detallamos a continuación: 1) Hematológico, coagulación y bioquímica (Calcio 11 y PTH 61,2; resto Normal) ; 2) Rx de Tórax y ECG (Normales) ; 3) Hormonas Tiroideas (Normales) ; 4) Ecografía tiroidea (Nódulo tiroideo derecho de 2 por 3 cm de ecoestructura heterogénea con zona de necrosis central) ; 5) Ecografía abdominal (Normal) ; 6) Gammagrafía (Nódulo frío derecho superior y probable adenoma paratiroideo inferior) ; 7) P.A.A.F. (Bocio coloide). La Tabla 1 resume los principales datos clínicos preoperatorios del caso.

P/E.COMPL.	RESULTADO
HEMOGRAMA	NORMAL
COAGULACION	NORMAL
BIOQ.CALCIO	11
BIOQ.PTHi	61,2
BIOQ.FOSFORO	2,6
CALCIURIA	144
RX. TORAX Y ECG	NORMAL
ECOGRAFIA	BOCIO NODULAR
GAMMAGRAFIA	NODULO FRIO+ADENOMA

Tabla 1 | Pruebas y Exploraciones Complementarias (P/E.COMPL.) solicitadas en la paciente.

Con el diagnóstico de presunción de Bocio Coloide Nodular derecho asociado a Adenoma de paratiroides ipsilateral procedimos, bajo anestesia general e intubación orotraqueal a realizar una hemitiroidectomía derecha cuyo resultado AP fue de adenoma de paratiroides inferior derecha y carcinoma folicular de tiroides en la pieza enviada (Figura 1). Ante este diagnóstico, 3 semanas después decidimos realizar una segunda cirugía (hemitiroidectomía izquierda) para completar de este modo una tiroidectomía total. La revisión añadida de las cadenas ganglionares fue negativa y la nueva AP no objetivó ningún otro foco tumoral (tiroiditis linfocitaria) ni patología paratiroidea.

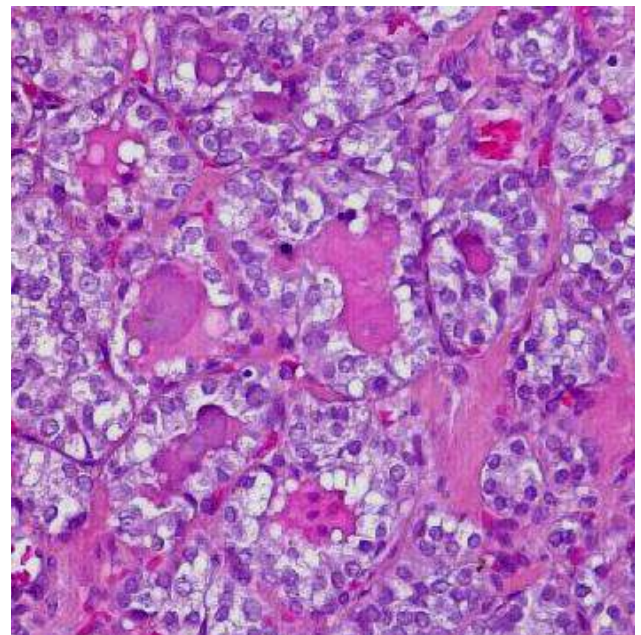


Figura 1 | AP: Carcinoma folicular tiroideo

La paciente experimentó un hipoparatiroidismo postquirúrgico con hipocalcemias transitorias sintomáticas comprendidas entre 6,3 y 7,6 mg/dl que requirieron tratamiento con calcio intravenoso y oral más vitamina D hasta su corrección. No se constató parálisis recurrential tras ninguna de las dos intervenciones y la estancia hospitalaria fue de 10 días. A su alta ha seguido controles periódicos tanto en nuestras consultas como en las del Servicio de Endocrinología. Actualmente, tras 8 años de seguimiento, se encuentra libre de enfermedad y sólo en tratamiento sustitutivo con hormonas tiroideas.

La Tabla 2 es una breve síntesis del tratamiento y evolución de esta asociación clínica poco frecuente en la literatura.

- ◆ **Tratamiento**_: Paratiroidectomía + Hemitiroidectomía derecha. Posteriormente Hemitiroidectomía izquierda (= T. Total).
- ◆ **Resultado AP**_: Adenoma de paratiroides + Carcinoma Folicular de Tiroides. 2ª Hemitiroidectomía = Tiroiditis linfocitaria con dos paratiroides normales.
- ◆ **Evolución**_: Hipoparatiroidismo postquirúrgico e Hipocalcemia transitoria (valor mínimo 6,3) corregida con calcio IV y oral.
- ◆ **Estancia**_: 10 días. Seguimiento en Consultas Externas. Libre de enfermedad tras seguimiento de 8 años.

Tabla 2 | Resumen del Tratamiento y Evolución del caso.
Hiperparatiroidismo Primario asociado a Carcinoma Folicular de Tiroides.

DISCUSIÓN

Tanto el hiperparatiroidismo como la patología tiroidea son enfermedades relativamente frecuentes que pueden coexistir en un mismo paciente ^{1,2}. Sin embargo, no existe en la literatura consultada una explicación satisfactoria para su asociación si bien varios estudios han intentado relacionar la exposición a radiaciones con una mayor predisponibilidad en este aspecto ^{1,3}.

La mayoría de las asociaciones clínicas se dan entre el hiperparatiroidismo primario y los bocios nodulares o coloides, siendo mucho más infrecuente la relación con el carcinoma tiroideo. El caso que presentamos correspondía a una mujer diagnosticada de hiperparatiroidismo primario (adenoma de paratiroides) con un bocio coloide derecho que en el resultado anatomopatológico revelaba un carcinoma folicular de tiroides. Autores como Hedman y col⁴ estudiaron varios grupos de pacientes con hiperparatiroidismo y carcinomas no medulares diferenciando aquellos con y sin historia de irradiación cervical previa. Globalmente reportan un 0,5% de casos en los que existe un adenoma o una hiperplasia de paratiroides asociada a un carcinoma diferenciado de tiroides y concluyen que la radiación previa puede favorecer dicha asociación. En nuestro caso llevamos intervenidos más de 100 pacientes con hiperparatiroidismo y en el caso concreto que presentamos no existía tal antecedente.

Otros trabajos aportan carcinomas sincrónicos de tiroides y paratiroides lo cual es extremadamente raro⁵. Aunque el pronóstico de los carcinomas diferenciados de tiroides es relativamente bueno, sobre todo para la variante papilar, la presencia conjunta de un carcinoma de paratiroides disminuye la supervivencia global a los 5 y 10 años, sobre todo en los pacientes de mayor edad, con estadios locales avanzados o metástasis a distancia⁶.

La patología tiroidea benigna o maligna asociada al

hiperparatiroidismo puede dar lugar a problemas tanto en el diagnóstico como en el tratamiento quirúrgico. Adamek y col.⁷ recomiendan la solicitud de una resonancia magnética nuclear en pacientes con bocio nodular e hiperparatiroidismo primario para precisar la localización de los posibles adenomas ectópicos. Mucho más rara aún es la asociación de hiperparatiroidismo y enfermedad de Graves-Basedow, lo que conlleva una dificultad diagnóstica añadida al ser la hipercalcemia resultante producto de ambas enfermedades ⁸.

REFERÊNCIAS

1. Regal M, Paramo C, Luna Cano R, et col. Coexistence of primary hyperparathyroidism and thyroid disease. *J Endocrinol Invest* 1999; 22 :191-7
2. Dell'Erba L, Baldari S, Borsato N, et al. Retrospective analysis of the association of nodular goiter with primary and secondary hyperparathyroidism. *Eur J Endocrinol* 2001 ;145 :429-34
3. Stoffer SS, Szpunar WE and Block M. Hyperparathyroidism and thyroid disease. A study of their association. *Postgrad Med* 1982; 71:91-4
4. Hedman I, Tisell LE. Associated hyperparathyroidism and nonmedullary thyroid carcinoma: the etiologic role of radiation. *Surgery* 1984; 95 : 392-7
5. Schoretsanitis G, Melissas J, Kafousi M, et al. Synchronous parathyroid and papillary thyroid carcinoma: A case report. *Am J Otolaryngol* 2002; 23 : 382-5
6. Abelló P, Traserra J. *Otorrinolaringología*. Cap. XXX-132. Ed. Doyma. Barcelona 1992;pp 645-47
7. Adamek S, Vavrik J, Schutzner J, et al. Surgical problems in primary hyperparathyroidism with concomitant nodular goiter. *Sb Lek* 2000;101:297-305
8. Xiao H, Yu B, Wang S, Chen G. Concomitant Graves' disease and primary hyperparathyroidism: the first case report in mainland of China and literature review. *Chin Med J* 2002;115:939-41