
Hiperparatireoidismo primário e carcinoma de paratireoide: um relato de caso.

Evelise Carla Genesini¹; Jonathan Leal Chelminski²; Fabrício Cartana Prolla³; Vinícius Alano de Ataídes⁴; Maristela Böhlke⁵.

Resumo

O hiperparatireoidismo (HPT) é uma anormalidade endocrinológica caracterizada pela hipersecreção de paratormônio (PTH), consequentemente alterando os níveis de cálcio sérico e apresentando potenciais complicações renais, ósseas, neurológicas e cardiovasculares. Quanto a forma primária dessa patologia, sabe-se que geralmente é causada por adenoma de paratireoide; entretanto, causas raras como o carcinoma de paratireoide (CP) não devem ser ignoradas. Nesse artigo, é relatado o caso de um paciente de 55 anos o qual procurou atendimento por alterações da função renal e queixas inespecíficas como fraqueza, edema bilateral em membros inferiores, dificuldade de deambular e náusea. Ao ser internado para investigação, constatou-se hipercalcemia e dosagens de PTH maiores que 10 vezes os valores de referência. Com o acréscimo de pesquisa por exames de imagem e com o apoio da equipe cirúrgica, optou-se pela realização de uma paratireoidectomia. Por fim, o exame histopatológico constatou a presença de um CP. Dessa forma, o presente relato tem como objetivo ressaltar a importância de sempre considerar, na suspeita clínica, as causas incomuns de HPT, visando um diagnóstico precoce e, assim sendo, proporcionando melhores chances de cura aos pacientes.

Palavras Chave: hiperparatireoidismo; hiperparatireoidismo primário; carcinoma de paratireoide; hipercalcemia.

¹Estudante de Medicina, Universidade Católica de Pelotas- UCPel. evelisecarlagenesini@gmail.com

² Estudante de Medicina, UCPel. lealjohn15@gmail.com

³ Estudante de Medicina, UCPel. fabricioprolla@hotmail.com

⁴ Médico, residente em nefrologia, Hospital Universitário São Francisco de Paula- HUSFP. vinicius_alano@hotmail.com

⁵ Médica, doutora em nefrologia e professora adjunta, UCPel, HUFSP. mbohlke.sul@gmail.com

1. Introdução

O hiperparatireoidismo (HPT) é uma alteração endocrinológica caracterizada por hiperfunção de uma ou mais glândulas paratireoides. O HPT é considerado primário quando essa disfunção é ocasionada por doença da própria glândula, sendo as possíveis causas o adenoma único de paratireoide (75-85%), seguido pela hiperplasia de paratireoides (10-20%), adenomas múltiplos (4-5%), e, mais raramente, o carcinoma de paratireoide (0,4-5,2%). Nesses casos há produção demasiada de paratormônio (PTH) com consequente excesso de reabsorção renal e intestinal de cálcio e, por fim, aumento da reabsorção óssea, encaminhando para quadros de hipercalcemia.

Ressalta-se que, com a maior frequência dos exames de rotina rastreando os níveis de cálcio sérico, a grande parte dos casos de HPT (70-80%) são acidentalmente diagnosticados e classificados como assintomáticos. Quando as manifestações clínicas estão presentes, pode-se dizer que são amplas e dependentes da duração e do grau de hipersecreção de PTH. Alguns achados são: a nefrolitíase (20-30%), as doenças ósseas (mais presentes nos diagnósticos tardios), achados de hipercalcemia (como a hipertensão arterial e alterações gastrointestinais), os sintomas psiquiátricos (depressão e confusão) e, por fim, apesar de raras, as manifestações neuromusculares. Especificamente nos casos de carcinoma de paratireoide (CP) – devido ao HPT intenso- ocorrem comprometimentos esqueléticos e renais graves, sendo que queixas como fadiga, perda de peso, fraqueza e dor abdominal podem estar presentes. Ademais, os níveis de cálcio sérico no CP ficam, geralmente, acima de 14mg/dL e o PTH sérico tem valor de 10 a 15 vezes o de referência.

O presente artigo tem como objetivo relatar um caso de HPT com evidências clínicas, laboratoriais e de exames de imagem não usuais, as quais evidenciam a importância da atenção médica para causas raras dessa patologia.

2. Relato de Caso

Homem, 55 anos, foi encaminhado para atendimento em um hospital universitário, após o exame pré-operatório para cirurgia de abscesso dentário apontar alteração de creatinina (6,03 mg/dL) e concomitantes queixas de fraqueza e edema bilateral nos membros inferiores, dificuldade de deambular e náusea (a qual, segundo o paciente, teve início após colecistectomia há 2 anos, porém com piora nos últimos 2 meses). Sem relato de alterações no padrão alimentar. Negava etilismo e tabagismo. Exame de ecografia do aparelho urinário - que datava em 2 meses antes da consulta- demonstrava achados sugestivos de cálculos renais no rim esquerdo. Exame físico do paciente demonstrava pressão arterial elevada (160x100mmHg) e edema bilateral nos membros inferiores, porém sem demais particularidades. Indicou-se, então, internação para investigação e acompanhamento do caso.

Os exames laboratoriais de internação demonstraram alterações como hipercalcemia (16,6 mg/dL) e PTH intacto de 2066 pg/ml superando os valores de referência. A fim de melhor avaliação, solicitou-se uma ultrassonografia cervical a qual

teve como laudo lesão nodular junto ao polo inferior direito da tireoide compatível com suspeita clínica de adenoma de paratireoide. Já a cintilografia das paratireoides não demonstrou evidências cintilográficas. Além disso, foram requisitadas tomografias computadorizadas (TC), sendo que a do tórax indicou imagem nodular com densidade de partes moles em região paratraqueal superior direita, junto ao aspecto posterior do lobo direito da tireoide e em íntimo contato com o esôfago, mas sem demais alterações nas outras regiões torácicas; já a TC de abdômen confirmou presença de cálculo não obstrutivo no terço inferior do rim esquerdo, porém não evidenciou demais particularidades.

Em função desses achados, pediu-se uma avaliação da equipe de cirurgia de cabeça e pescoço a qual decidiu submeter o paciente à paratireoidectomia inferior direita. O relatório de patologia cirúrgica constatava carcinoma de paratireoide com proliferação de células principais, medindo 3,5 cm, com embolização vascular e invasão capsular presentes.

No primeiro dia do pós-operatório, os exames laboratoriais demonstraram cálcio sérico de 11,25 mg/dL, fósforo de 2,0 mg/dL e PTH de 23 pg/ml. Nos dias seguintes, apresentou nova variação importante na calcemia (7,78 mg/dL) com necessidade de reposição de cálcio via endovenosa e – posteriormente- reposição com carbonato de cálcio e calcitriol via oral; contudo, a presença desse quadro é frequente, pois é relacionada à rápida remineralização óssea. O paciente recebeu alta hospitalar 13 dias após o procedimento, com seguimento em regime ambulatorial.

3. Conclusão

O carcinoma de paratireoide é uma doença endócrina rara, perigosa e origem incomum de hiperparatireoidismo primário. A etiologia do CP ainda não está bem estabelecida e não existem relações exatas entre a patologia e os fatores de risco, sendo a história natural da doença de evolução lenta, porém progressiva. Com esse artigo, salienta-se a necessidade de incluir na suspeita clínica de HPTP o CP, mesmo que atípico, tendo em vista que o diagnóstico precoce e um tratamento adequado evitam uma intervenção somente quando já estão ocorrendo metástases, possibilitando maiores chances de cura ao paciente.

Quanto a essa patologia, tendo em vista que o quadro clínico é variável, salienta-se ainda que são sinais de alerta a presença de níveis elevados de cálcio sérico e de PTH, pois 70% dos pacientes apresentam cálcio maior que 14mg/dL e hormônio paratireoideano de 10 a 15 vezes superior ao normal. Exames como a ultrassonografia cervical e a cintilografia apresentam forte relevância para localizar a doença primária ao HPT, sendo outros dispositivos como a TC e a ressonância magnética ferramentas importantes para pesquisa de metástases. Por fim, ressalta-se que os aspectos clínicos, os exames de imagem e os laboratoriais são bons indicadores, contudo o diagnóstico

definitivo necessita de reconhecimento operatório associado ao exame histopatológico.

Primary hyperparathyroidism and parathyroid carcinoma: a case report.

Abstract

Hyperparathyroidism (HPT) is an endocrine disorder characterized by hypersecretion of parathyroid hormone (PTH), there by altering serum calcium levels and presenting potential renal, skeletal, neurological and cardiovascular complications. The primary form of this disease is usually caused by parathyroid adenoma; however, rare causes such as parathyroid carcinoma should not be ignored. In this article, we report the case of a 55-year-old patient who sought treatment because of changes in renal function and unspecific complains such as weakness, bilateral edema in the lower limbs, difficulty walking and nausea. When admitted for investigation, it was found hypercalcemia and increased PTH dosages 10 times higher than the reference values. With the additional image studies and with the support of the surgical team, it was decided to submit the patient to a parathyroidectomy. Finally, the histopathologic analysis revealed a parathyroid carcinoma. Thereby, this report aims to highlight the importance of always consider on clinical suspicion unusual causes of HPT, seeking early diagnosis and, thus, providing better chances of cure for patients.

Keywords: Hyperparathyroidism. Primary hyperparathyroidism. Parathyroid carcinoma. Hypercalcemia.

Referências

- MARCOCCI, C.; CETANI, F. **Primary Hyperparathyroidism**. The New England Journal of Medicine. 2011. Ed 365. p.2389-97.
- OHE, M. N.; SANTOS, R. O.; HOJAJI, F.; et al. **Parathyroid carcinoma and hungry bone syndrome**. Arq Bras Endocrinol Metab. 2013; 57/1.
- DUAN, K. ; HERNANDEZ, K. G.; METE, O. **Clinicopathological correlates of hyperparathyroidism**. J Clin Pathol. 2015; 68: 771-787.
- ALPERSTEIN, A.; BHAYANI, R. **Parathyroid carcinoma, a rare cause of primary hyperparathyroidism**. BMJ case report. 2014. doi:10.1136/bcr-2014-204279.
- HUANG, R.; ZHUANG, R.; LIU, Y.; LI, T.; HUANG, J. **Unusual presentation of primary hyperparathyroidism: report of three cases**. BMC Medical Imaging. 2015. doi: 10.1186/s12880-015-0064-1.