



Carcinoma da Paratiroide, um desafio diagnóstico – Caso clínico

Palavras-chave: Hiperparatiroidismo Primário; Carcinoma da Paratiróide; Caso Clínico

Introdução

O carcinoma da paratiroide é uma **neoplasia endócrina maligna rara** com sinais e sintomas inespecíficos e variáveis, consoante a gravidade da calcemia e agressividade do tumor. Na ausência de exames diagnósticos específicos para malignidade, o **diagnóstico é de suspeição**, baseado em dados pré e intraoperatórios, sendo o diagnóstico definitivo histológico.

Caso Clínico

♂ 44 anos

Em 2014, agravamento progressivo de **fraqueza** associada a **perda ponderal significativa, dor óssea e prurido**.

Antecedentes pessoais: Internamentos recorrentes por pancreatite aguda (2004, 2005, 2007 e 2010); diabetes insulínica desde o primeiro episódio; consumo de 50-70 g álcool/dia até 2004. Nega medicação habitual.

Antecedentes familiares: nega hiperparatiroidismo primário, síndrome MEN ou hiperinsulinismo endógeno.

Análises – Nov/2014:
hiperparatiroidismo 1ário.

PTH 300-400 pg/mL (VR 11-67 pg/mL)

Ca²⁺ 12-14 mg/dL (VR 8,5-10 mg/dL)

PO₄²⁻ 1,8-2,2 mg/dL (VR 2,3-4,7 mg/dL)

Ecografia cervical – 21/Nov/2014: **nódulo sólido hipocogénico** 42x15mm em contiguidade com o polo inferior esquerdo da tiróide.

Cintigrafia 99mTc-Sestamibi – 19/Dez/2014: **tecido hiperfuncionante** na paratiroide inferior esquerda.

Em 2015, submetido a exploração cervical unilateral e excisão da paratiroide superior esquerda. Por incumprimento dos critérios de Miami, opta-se por exploração e excisão da paratiroide inferior esquerda (mergulhante), corno esquerdo do timo e gânglios linfáticos. A histologia revelou **carcinoma da paratiroide** – pT1cN0cMx.



Imagem 1 e 2: Exploração cervical com identificação de nódulo fibrótico não aderente às estruturas adjacentes.

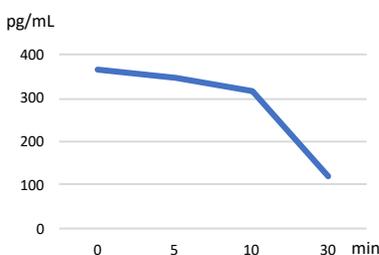


Gráfico 1: Progressão do doseamento da PTH (pg/mL) após excisão (min).



Imagem 3: Macronódulo da paratiroide superior esquerda de aspeto fibrótico, com 45 x 20 mm.

Manteve seguimento sem evidência de recidiva.

Atualmente, aguarda transplante renal por doença renal crónica terminal secundária a nefropatia diabética.

Discussão

O hiperparatiroidismo primário é o **3º distúrbio endócrino mais frequente**, caracterizado pela produção excessiva de PTH. O **carcinoma da paratiroide** é raro, sendo responsável por menos de **1% dos casos de hiperparatiroidismo primário**.

A hipercalcemia pode ser assintomática ou representada por sintomas inespecíficos, como fadiga, sendo o diagnóstico classicamente laboratorial. Neste caso clínico, o consumo alcoólico pode ter atrasado o esclarecimento etiológico da pancreatite e o diagnóstico de hiperparatiroidismo.

Apesar de não existirem critérios de diagnóstico específicos, o carcinoma da paratiroide deve ser suspeito perante níveis de **cálcio superiores a 14mg/dL, PTH 5-10x superior ao limite superior da normalidade** ou **massas cervicais suspeitas** associadas a manifestações ósseas ou renais. A abordagem terapêutica depende da ressecabilidade. O pilar da terapêutica é o controlo da hipercalcemia, conjugada com ressecção cirúrgica em bloco.

Portanto, o carcinoma da paratiroide permanece um desafio diagnóstico, que requer um elevado grau de suspeição e uma avaliação multidisciplinar cuidada.