

# INVESTIGAÇÃO ETIOLÓGICA DE HIPERCALCEMIA AMBULATORIAL:

## ADENOMA X CARCINOMA DE PARATIREOIDE

### **Autora:**

Luíza Monteiro Greco  
Endocrinologista  
CRM-SP 243.049  
RQE 136.895  
Mestranda em  
Oncologia pela FCM -  
Unicamp

### **Orientadora:**

Profa. Dra. Denise  
Engelbrecht Zantut-  
Wittmann  
Docente da  
Endocrinologia FCM-  
Unicamp

### **Contextualizando**

O hiperparatireoidismo primário é a principal causa de hipercalcemia ambulatorial.

O adenoma de paratireoide é a etiologia mais comum, possui curso benigno e altas taxas de cura após o tratamento cirúrgico.

O carcinoma de paratireoide, embora raro, apresenta comportamento mais agressivo, com maior risco de recidiva e complicações decorrentes da hipercalcemia crônica.

A diferenciação pré-operatória entre adenoma e carcinoma é desafiadora, devido à sobreposição clínica, sendo o diagnóstico definitivo geralmente estabelecido após a paratireoidectomia, com base na histopatologia.

## Estudo com pacientes do Hospital de Clínicas (HC) Unicamp

Foi realizado estudo retrospectivo, comparando as características clínicas e bioquímicas de paciente com carcinoma e adenoma de paratireoide acompanhados no Hospital de Clínicas da Unicamp de 2000 a 2025.

O objetivo foi detectar fatores pré-operatórios que possam auxiliar na suspeita etiológica da doença maligna da paratireoide.

Apesar da possível sobreposição de sintomas, o carcinoma geralmente se apresenta de forma mais sintomática, frequentemente com manifestações decorrentes da hipercalcemia acentuada.

## Comparação clínica entre adenoma e carcinoma de paratireoide

A partir dos dados obtidos em prontuário de 16 pacientes com carcinoma e 34 com adenoma de paratireoide, foi elaborada a tabela abaixo com as características clínicas distintas entre os grupos.

**Tabela I:** Frequência de acometimento, em porcentagem, de características clínicas ao diagnóstico de hipercalcemia nos grupos adenoma e carcinoma de paratireoide.

	Adenoma	Carcinoma	<i>p</i>
Perda ponderal	17,6%	81,3%	< 0,0001
Nefrolitíase	36,4%	85,7%	0,0037
Tumor marrom	9,1%	56,3%	0,0007
Fratura patológica	37,5%	75%	0,0143
Massa cervical presente	5,9%	37,5%	0,0091

## Comparação clínica e bioquímica entre adenoma e carcinoma de paratireoide

**Tabela 2:** Parâmetros clínicos e bioquímicos ao diagnóstico de hipercalcemia nos grupos adenoma e carcinoma de paratireoide. Na tabela, foram descritas as médias das variáveis contínuas.

	Adenoma	Carcinoma	<i>p</i>
Razão mulher:homem	5,8	0,7	0,0053
Idade média (anos)	60,2	47,5	0,0008
Cálcio sérico médio (mg/dL)	11,4	15,6	< 0,0001
PTH sérico médio (pg/mL)	338	1944	< 0,0001
Cr sérica média (mg/dL)	0,8	1,4	< 0,0001
Taxa de filtração glomerular CKD-EPI (mL/min/1,73 m <sup>2</sup> )	89	60	< 0,0001
Fosfatase alcalina aumentada	19,2%	92,3%	< 0,0001

## Pontos importantes

Após o diagnóstico de hiperparatireoidismo primário, é importante realizar a investigação de complicações associadas à hipercalcemia crônica, como nefrolitíase e osteoporose.

Durante a investigação etiológica, deve-se atentar para características clínicas e laboratoriais que possam sugerir doença maligna:

- Idade mais jovem
- Calcemia > 14mg/dL
- PTH maior que 10 vezes o limite superior da referência
- Acometimento ósseo
- Acometimento renal
- Massa cervical palpável

## Tratamento

Diante da suspeita de carcinoma de paratireoide, está indicada a paratireoidectomia associada à hemitireoidectomia ipsilateral.

A ressecção completa da lesão na primeira abordagem cirúrgica é fundamental para o melhor prognóstico.

Dessa forma, é essencial reconhecer a possibilidade de etiologia maligna e encaminhar precocemente o paciente para a abordagem cirúrgica adequada.

Considerando também que essa é uma doença rara, o paciente deve ser acompanhado por equipe com expertise na área.

## Conclusão

O carcinoma de paratireoide é uma causa rara de hiperparatireoidismo primário e pode apresentar sobreposição clínica com o adenoma.

Apesar do curso geralmente indolente, tem comportamento mais agressivo, com maior risco de recorrência e metástases.

Deve ser suspeitado em quadros mais sintomáticos, com elevação acentuada do cálcio e do paratormônio séricos.

A identificação precoce é essencial para permitir a ressecção completa na primeira abordagem cirúrgica, visando melhor prognóstico.

## Referências

- Givi B, Shah JP. Parathyroid Carcinoma. Clin Oncol. agosto de 2010;22(6):498–507.
- Marcocci C, Cetani F, Rubin MR, Silverberg SJ, Pinchera A, Bilezikian JP. Parathyroid Carcinoma. J Bone Miner Res. dezembro de 2008;23(12):1869–80.
- Walker MD, Silverberg SJ. Primary hyperparathyroidism. Nat Rev Endocrinol. fevereiro de 2018;14(2):115–25.
- Quinn CE, Healy J, Lebastchi AH, Brown TC, Stein JE, Prasad ML, et al. Modern Experience with Aggressive Parathyroid Tumors in a High-Volume New England Referral Center. J Am Coll Surg. junho de 2015;220(6):1054
- Mohebati A, Shaha A, Shah J. Parathyroid Carcinoma: Challenges in Diagnosis and Treatment. Hematol Oncol Clin North Am. 1o de dezembro de 2012;26(6):1221–38.
- Bilezikian JP, Khan AA, Silverberg SJ, Fuleihan GEH, Marcocci C, Minisola S, et al. Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop. J Bone Miner Res. 2022;37(11):2293–314.

Esse produto técnico faz parte da dissertação do  
Mestrado Profissional em Oncologia FCM-Unicamp:

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA, BIOQUÍMICA E  
ANATOMOPATOLÓGICA DE NEOPLASIAS BENIGNA E  
MALIGNA DA PARATIREOIDE



Email para contato:  
[luizam@unicamp.br](mailto:luizam@unicamp.br)