

**Respuesta de los autores****Author's Reply**

Sr. Director:

Tal como refieren los autores de la carta<sup>1</sup>, la elección del abordaje quirúrgico sigue siendo un tema en controversia, acentuado por la escasa casuística que existe en la literatura. Algunos autores abogan por abordajes poco invasivos: drenaje percutáneo<sup>2</sup>, mediastinotomía anterior<sup>3</sup> o videotoracoscopia<sup>4</sup>. Otros autores desaconsejan<sup>5</sup> estas vías, ya que las consideran incompletas o inadecuadas.

Durante los 11 años de nuestro estudio, cada cirujano ha elegido la vía de abordaje buscando la mayor rentabilidad y seguridad, y para nosotros la toracotomía posterolateral es la incisión que ofrece el mejor campo quirúrgico (aunque en su contra, precisa de decúbito lateral durante la intervención, una posición mal tolerada en un paciente comprometido y provoca un patrón restrictivo por dolor en el postoperatorio). Los resultados de Misthos et al<sup>5</sup> avalan nuestra decisión, ya que obtienen una supervivencia del 91% cuando realizan un desbridamiento mediante cervicotomía y toracotomía, y una mortalidad del 50% cuando solo se efectúa una cervicotomía.

De todas formas, como comentan los autores de la carta, el objetivo final de la cirugía es el desbridamiento de los abscesos y la colocación de sondas que permitan el drenaje mantenido, por lo que la elección de la vía va a depender en muchos casos de las experiencias del cirujano en relación a esta patología.

Pero sí queremos hacer hincapié en que la mediastinitis necrosante descendente es una enfermedad potencialmente letal

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.arbres.2010.07.004

doi:10.1016/j.arbres.2010.09.001

### Síndrome de estrecho torácico superior originado por paraganglioma subclavio

#### Superior Thoracic Outlet Syndrome Caused by a Subclavian Paraganglioma

Sr. Director:

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes de estirpe neuroendocrina cuyo origen embriológico es la cresta neural, que se encuentran habitualmente en torno a estructuras vasculares o nerviosas. El interés de nuestro caso radica en la localización extremadamente infrecuente del tumor y la clínica originada, un síndrome de estrecho torácico con afectación neurológica por compresión del plexo braquial, nunca antes descrito con esta etiología.

Presentamos un paciente varón de 31 años que refiere parestesias y crisis severas de dolor tipo neuropático y carácter intermitente en miembro superior derecho desde hace tres años. Sin antecedentes de interés. No existe edematización del miembro ni cambios de coloración y los pulsos están presentes a todos los niveles. Las maniobras del estrecho torácico superior son negativas. Existe una zona dolorosa a la palpación en la región supraclavicular derecha.

Se realiza una resonancia magnética nuclear (RMN), que identifica una tumoración de contornos bien definidos localizada detrás y por encima de la clavícula, inmediatamente posterior a la vena subclavia derecha, por delante de los músculos escaleno medio

que precisa de un tratamiento multidisciplinar y agresivo para reducir su mortalidad y la vía de acceso debe proporcionar una visión excelente, que permita un desbridamiento amplio y que evite lesiones innecesarias de los órganos, vasos y nervios que allí se hospedan.

**Bibliografía**

- Honguero Martínez AF, Alberto Rombolá C, León Atance P. Mediastinitis necrosante descendente. Arch Bronconeumol. 2010;46:610.
- Ho MW, Dhariwal DK, Chandrasekhar J, Patton DW, Silvester KC, Sadiq S, et al. Use of interventional radiology in the management of mediastinitis of odontogenic origin. Br J Oral Maxillofac Surg. 2006;44:538-42.
- Makeieff M, Gresillon N, Berthet JP, Garrel R, Crampette L, Marty-Ane C, et al. Management of descending necrotizing mediastinitis. Laryngoscope. 2004;114:772-5.
- Endo S, Hasegawa T, Sato Y, Sohara Y. Is video-assisted thoracoscopic surgery an optimal approach for descending necrotizing mediastinitis? Ann Thorac Surg. 2005;79:751.
- Misthos P, Katsaragakis S, Kakaris S, Theodorou D, Skottis I. Descending necrotizing anterior mediastinitis: analysis of survival and surgical treatment modalities. J Oral Maxillofac Surg. 2007;65:635-9.

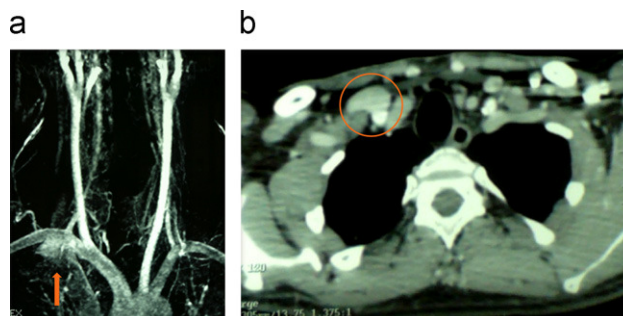
Maria Deu-Martín

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Correo electrónico: mdeumartin@gmail.com

y posterior, con unas medidas de 23 × 36 × 30 mm de diámetro (fig. 1a). Mediante biopsia percutánea se llega al diagnóstico anatómico-patológico de paraganglioma. Para completar el estudio de cara a la intervención quirúrgica pertinente, se realiza una tomografía computarizada (fig. 1b) y una angiografía de troncos supraaórticos (en reposo e hiperextensión), donde no se aprecia compromiso vascular ni hipervascularización significativa.

En la intervención se resecó la tumoración mediante abordaje doble supra e infraclavicular. No existieron complicaciones en el postoperatorio inmediato y el paciente recibió el alta hospitalaria



**Figura 1.** a) Resonancia magnética nuclear, donde se aprecia la íntima relación de la tumoración con los vasos subclavios. b) Tomografía computarizada que muestra los contornos bien definidos y la localización retroclavicular del tumor.