

Cartas al Director

Quiste paratiroideo funcionante gigante de localización mediastínica: una causa insólita de disnea de esfuerzo y disfagia de carácter leve

Giant Functioning Mediastinal Parathyroid Cyst: An Unusual Cause of Exertional Dyspnea and Mild Dysphagia

Sr. Director:

En 2008 nos remitieron a un hombre de 78 años de edad para su observación, tras detectarle una masa mediastínica con progresión de tamaño, localizada en el hemitórax derecho. El paciente refirió antecedentes de disfagia de carácter leve, de 2 años de duración, asociada a disnea de esfuerzo desde 6 meses atrás. Entre sus antecedentes patológicos destacaba una hipertensión arterial y una reparación herniaria inguinal una década atrás.

Los resultados de la exploración física fueron normales; en particular, en la palpación del cuello no se demostraron masas cervicales y el eje traqueal ocupaba la línea media del cuello. Los resultados de las pruebas de laboratorio fueron normales excepto la concentración sérica de calcio, que era de 14,2 mg/dl (normal: 8,0-10,5 mg/dl) y la de fósforo, que era de 1,9 mg/dl (normal 2,5-4,45 mg/dl). La concentración sérica de parathormona era 6 veces mayor que el límite superior de lo normal. La espirometría era indicativa de una posible obstrucción de las vías respiratorias superiores.

En la radiografía de tórax se demostraba la presencia de una masa mediastínica derecha que desplazaba la tráquea en dirección anterolateral. La esofagografía con contraste demostraba el desplazamiento lateral derecho del esófago cervical y mediastínico superior. Se efectuó una tomografía computarizada (TC) torácica con medio de contraste en la que se demostró la presencia de una gran masa (12 × 14 cm) mediastínica sin realce de contraste, localizada en el compartimiento posterior visceral, que originaba

el desplazamiento anterior de los grandes vasos y la tráquea y un desplazamiento anterolateral derecho del esófago (fig 1A).

Se estableció un posible diagnóstico clínico de quiste paratiroideo. Se programó su exéresis quirúrgica a través de un abordaje toracotómico sin aspiración preoperatoria del quiste con aguja fina para reducir a un mínimo el riesgo de mediastinitis y/o hemorragia no controlada en el espacio pleural. La estrategia quirúrgica excluía la cirugía torácica videoasistida (*video assisted thoracic surgery* [VATS]) debido a las dimensiones del quiste. Seleccionamos una toracotomía posterolateral clásica con preservación muscular, que nos permitió la exéresis completa del quiste con respecto a todas las demás estructuras mediastínicas. El examen histopatológico reveló una pared pseudoquística que incluía tejido paratiroideo hiper celular (fig. 1B).

El período postoperatorio transcurrió sin incidentes y la concentración sérica de calcio disminuyó hasta 8,2 mg/dl. El paciente fue dado de alta en el 5.º día postoperatorio.

En la esofagografía con contraste, efectuada 3 meses más tarde, no había desplazamiento del esófago cervical y torácico ni estenosis. Durante los 12 meses siguientes la concentración sérica de calcio permaneció en los límites de lo normal, por lo que no se llevó a cabo una exploración cervical.

Discusión

Los quistes paratiroideos mediastínicos son relativamente raros; estas lesiones poco habituales pueden presentarse con manifestaciones clínicas locorregionales y, cuando son activas desde un punto de vista bioquímico, también pueden relacionarse con síntomas sistémicos. En 1925, De Quervain¹ publicó el primer caso de exéresis quirúrgica satisfactoria de un quiste paratiroideo del compartimiento mediastínico; entre los estudios publicados, se han descrito menos de 150 casos.

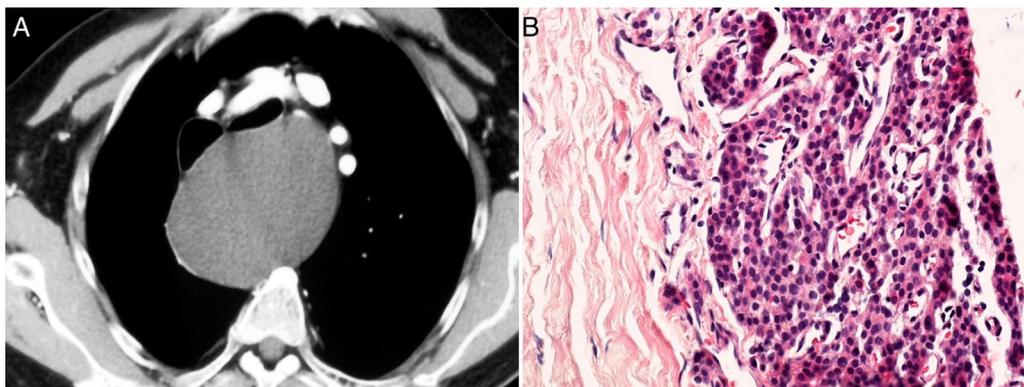


Figura 1. A) La tomografía computarizada del tórax con medio de contraste demuestra una gran masa mediastínica (12 × 14 cm) sin realce de contraste que provoca el desplazamiento anterior de los grandes vasos y la tráquea y el desplazamiento anterolateral del esófago. B) El examen histopatológico reveló la pared pseudoquística, que incluía tejido paratiroideo hiper celular (tinción con hematoxilina-eosina, magnificación original ×400).

Los síntomas inespecíficos se relacionan con el aspecto de una lesión que ocupa espacio, como la descrita en el presente informe. Los quistes pueden causar disnea como consecuencia de una desviación marcada o estenosis traqueal o pueden provocar disfagia debido a la compresión o desviación esofágica.

En general, el diagnóstico diferencial se establece mediante exámenes radiológicos asociados a pruebas de laboratorio que demuestran un aumento de la concentración sérica de calcio y/o de la parathormona (PTH).

En el contexto de un estado de hiperparatiroidismo es preciso considerar un quiste funcionante mediastínico, por lo que su exéresis se practicará con una exploración cervical simultánea, que es fácil de realizar para los quistes cervicales infiltrados o localizados en el mediastino anterior. Para los quistes paratiroides del compartimiento mediastínico posterior, que requieren una toracotomía, la cervicotomía simultánea parece ser un tratamiento excesivo y solo debe considerarse tras la demostración de un hiperparatiroidismo persistente tras la cirugía.

Entre los estudios publicados no se han documentado casos de mortalidad, aunque la exéresis de quistes gigantes puede asociarse rara vez a complicaciones postoperatorias². Se ha descrito la VATS para el manejo satisfactorio de estas lesiones quísticas, aunque todos los casos hacen referencia a quistes de pequeño diámetro y localizados en el mediastino prevascular y anterior³⁻⁵.

La naturaleza excepcional del presente informe reside en las grandes dimensiones del quiste paratiroideo, por lo que se descartó un abordaje con VATS, pero se resolvió con éxito mediante abordaje toracotómico sin ninguna morbilidad postoperatoria, lo que dio lugar a la resolución clínica completa de los síntomas de presentación.

Financiación

El presente estudio se desarrolló durante la beca de investigación Dottorato di Ricerca - XXVI ciclo-Scienze Chirurgiche-Alma Mater Studiorum Università degli Studi di Bologna.

Bibliografía

1. De Quervain F. Epithe-Korperchen-Cysti. Schweiz Med Wochenschr. 1925;55:1169.
2. Shields TW, Immerman SC. Mediastinal parathyroid cysts revisited. Ann Thorac Surg. 1999;67:581-90.
3. Shibata Y, Niwa H, Yamada T, Kani H, Maemoto K, Mizuno T. Mediastinal parathyroid cyst: A case resected under video assisted thoracoscopic surgery. Jpn J Chest Surg. 1998;12:676-80.
4. Oyama T, Imoto H, Yasumoto K, Toyoshima S, Nagashima A. Mediastinal parathyroid cyst: Treatment with thoracoscopic surgery. A case report. J UOEH. 1999;21:317-23210.
5. Alesina PF, Moka D, Mahlstedt J, Walz MK. Thoracoscopic removal of mediastinal hyperfunctioning parathyroid glands: Personal experience and review of the literature. World J Surg. 2008;32:224-31.

Fabio Davoli^{a,*}, Ottavio Rena^a, Emanuele Pironcini^b y Caterina Casadio^a

^a Servicio de Cirugía Torácica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Maggiore della Carità, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia

^b Servicio de Cirugía Torácica, Ospedale San Gerardo, Monza, Italia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fab.78.161@hotmail.com (F. Davoli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.01.007>

Infección respiratoria por *Bordetella hinzii*

Respiratory Infection Caused by *Bordetella hinzii*

Sr. Director:

Bordetella hinzii es una especie aislada en aves de corral con enfermedad respiratoria y ha sido descrita de manera ocasional en humanos. Presentamos el caso de una mujer de 85 años con un cuadro respiratorio consistente en tos, expectoración y disnea a medianos esfuerzos de varios días de evolución. Desde su centro de atención primaria se solicitó cultivo de esputo. La siembra se realizó en agar sangre, agar chocolate y agar McConkey (Oxoid®). La calidad de la muestra se consideró óptima tras la visión de Gram, en la que se objetivaron abundantes leucocitos polimorfonucleares y bacilos gramnegativos. A las 24 h de incubación a 35 °C se detectó abundante crecimiento de 2 tipos de colonias en agar sangre, chocolate y McConkey. En este último se observaron 2 morfologías de colonia: una de aspecto rosado y mucoso, y la segunda de aspecto transparente. La identificación se realizó mediante el sistema MALDI-TOF-MS biotyper3, que los clasificó como *Klebsiella oxytoca* y *B. hinzii*, esta última con un índice de 2.241, que se considera óptimo para género y especie. La confirmación molecular se realizó mediante secuenciación de 500 pares de bases del gen ARNr 16S¹ y comparación de la secuencia obtenida con las depositadas en GenBank con el algoritmo BLASTn del NCBI. Se obtuvo un 99% de homología con otras cepas de *B. hinzii* existentes, incluida la cepa tipo *B. hinzii* LMG 13501¹. El tratamiento antibiótico indicado al momento del alta en urgencias fue amoxicilina-clavulánico 2.000/62,5 mg cada

12 h. La sensibilidad antibiótica se realizó por sistema de microdilución en panel WalkAway® (Siemens) resultado sensibles los antibióticos: amoxicilina-clavulánico (CMI ≤ 8/4 µg/ml), azitromicina (CMI = 1,5 µg/ml), piperacilina-tazobactam (CMI ≤ 8 µg/ml), gentamicina (CMI = 4 µg/ml), levofloxacino (CMI ≤ 1 µg/ml); intermedio a: ampicilina-amoxicilina (CMI = 16 µg/ml), ciprofloxacino (CMI = 2 µg/ml), y resistente a cefuroxima (CMI > 16 µg/ml), tobramicina (CMI > 8 µg/ml), trimetoprim-sulfametoxazol (CMI > 4/76 µg/ml). Desde la descripción de *B. hinzii* en 1994¹ se han descrito aislamientos en muestras respiratorias procedentes de 3 pacientes. En un paciente con fibrosis quística se aisló *B. hinzii* de manera secuencial en esputo durante un período de 3 años² junto a *Staphylococcus aureus* en todas las muestras excepto en 2, donde fue el único microorganismo aislado. También se aisló en el lavado broncoalveolar de un paciente afectado por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH) junto a *Nocardia asteroides*³. En este caso existía clínica de infección respiratoria, al igual que en nuestro caso. El papel etiológico de *B. hinzii* puede ser cuestionado en la paciente, ya que *K. oxytoca* se cultivó en paralelo en la muestra respiratoria pero en la literatura aparece como único microorganismo aislado en cultivo y causal de enfermedad⁴. *B. hinzii* también aparece como agente causal de bacteriemia en 3 casos descritos en la literatura, siendo la inmunodepresión el factor común en 2 de ellos: un paciente con síndrome mielodisplásico y otro paciente afectado por VIH⁴. Asimismo, *B. hinzii* como agente causal de colangitis crónica en un paciente trasplantado en tratamiento con inmunosupresores⁵, por lo que se considera que puede tener un papel potencialmente patógeno en personas inmunocomprometidas. No se encontró ningún dato en nuestra paciente que sugiriese inmunodepresión. Al igual que en algunas publicaciones