

Cartas al Director

Adenoma paratiroideo ectópico poco frecuente



Uncommon Ectopic Parathyroid Adenoma

Sr. Director:

El hiperparatiroidismo primario (HPTP) causado por adenomas paratiroides ectópicos localizados en el mediastino es infrecuente. Las principales indicaciones para la resección son la hiperfunción glandular, las complicaciones por hipercalcemia y la juventud del paciente.

Un varón de 20 años fue ingresado por aparición aguda de varias fracturas patológicas. El examen clínico mostró taquicardia permanente y la radiografía simple múltiples fracturas en diversas etapas, osteolisis obvia y múltiples tumores óseos. El análisis bioquímico preoperatorio mostró calcemia muy alta: 170 mg/l (90-100 mg/l) y PTHi: 4.000 pg/ml (15-65 pg/ml).

El estudio con tecnecio (Tc99m) sestamibi (MIBI) reveló captación extensa en el mediastino superior (fig. 1A). Se realizó TAC para localizar la masa con mayor precisión y se halló en el área del timo, en estrecho contacto con el arco aórtico (fig. 1B). El diagnóstico se

centró en un HPTP causado por una masa paratiroidea ectópica e hiperfuncionante en el mediastino.

Tras esternotomía media, se encontró la masa a expensas del lóbulo izquierdo del timo que se reseco completamente (fig. 1C). Los niveles séricos de calcio y PTHi se controlaron antes y después de la operación para confirmar el éxito de la escisión, y disminuyeron gradualmente a 77 mg/l y 7,6 pg/ml, respectivamente, 3 días después de la cirugía. Apareció hipocalcemia en el postoperatorio, que causó taquicardia y se manejó con administración intravenosa de calcio.

En el examen anatomopatológico se determinó que la lesión medía 5,5 × 4 × 4 cm. El diagnóstico histológico fue adenoma paratiroideo (fig. 1D).

Seis meses después de la cirugía, el paciente presentaba niveles séricos de calcio y PTHi normales.

Discusión

El adenoma paratiroideo ectópico mediastinal causa hiperparatiroidismo en aproximadamente el 20% de los casos. Cuando el timo desciende en el tórax durante la 5.ª semana de desarrollo

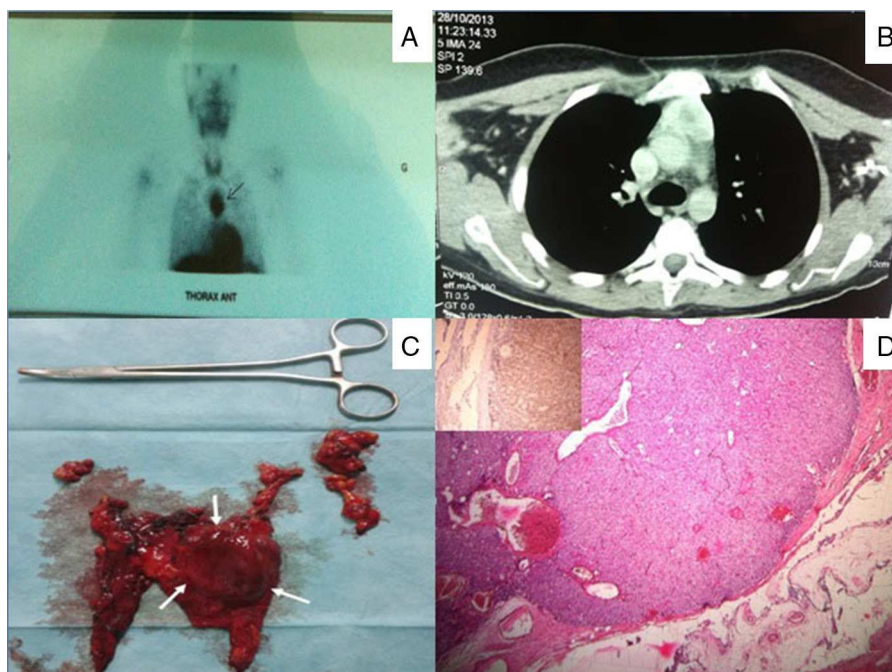


Figura 1. A) Estudio preoperatorio con ^{99m}Tc-MIBI mostrando un foco voluminoso de hipercaptación en el mediastino. B) TAC de tórax que muestra una gran masa situada en el área del timo del mediastino anterior. C) Imagen postoperatoria tras la timectomía total que muestra el adenoma paratiroideo ocupando casi todo el lóbulo izquierdo del timo. D) Histopatología postoperatoria donde se observa el adenoma paratiroideo rodeado de tejido normal del timo. Inmunotinción positiva para hormona paratiroidea (recuadro).

embrionario, le acompañan las glándulas paratiroides inferiores, que ocupan su posición normal. Sin embargo, a veces estas se desplazan hacia el tórax junto con el timo¹.

La mayoría de los pacientes son asintomáticos. Los síntomas relacionados con el hiperparatiroidismo se deben a hipercalcemia e incluyen náuseas, vómitos, sensación excesiva de sed, estreñimiento, poliuria, letargo y efectos cardíacos. También pueden aparecer cálculos renales, resorción ósea y fracturas patológicas. Se ha demostrado que la gravedad de los síntomas se correlaciona con el tamaño del adenoma hiperfuncionante². Cuando se sospecha de PHTP, la localización preoperatoria por pruebas de imagen es esencial para el manejo quirúrgico, lo que permite al cirujano seleccionar correctamente la técnica. Se ha descrito que la gammagrafía con ^{99m}Tc-MIBI es más eficiente para detectar adenomas ectópicos de paratiroides de menos de 10 mm de diámetro³. La ecografía cervical, la tomografía computarizada y la resonancia magnética se utilizan para establecer la localización anatómica exacta de la masa.

Los abordajes clásicos cuando el adenoma paratiroideo está localizado profundamente en el mediastino son la esternotomía media, la manubriotomía o la toracotomía⁴. Por otro lado, los avances de la toracoscopia videoasistida (VATS) han incrementado el uso de esta técnica para extraer adenomas paratiroideos ectópicos mediastinales.

Los adenomas paratiroideos de gran volumen son excepcionales. Algunos con peso superior a 70 g se han descrito en casos esporádicos⁵ y, en nuestro caso, la medida del adenoma fue de 5,5 × 4 × 4 cm, con un peso de 95 g. Se trata de una de las masas

de mayor tamaño descritas en la literatura ya que el más grande pesó 145 g.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Stewart WB, Rizzolo LJ. Embryology and surgical anatomy of the thyroid and parathyroid glands. En: Oertli D, Udelsman R, editores. *Surgery of the thyroid and parathyroid glands*. 2nd ed. Springer: Berlín-Heidelberg; 2012. p. 15-23.
2. Zamboni WA, Folse R. Adenoma weight: A predictor of transient hypocalcemia after parathyroidectomy. *Am J Surg*. 1986;152:611-5.
3. Taira N, Doihara H, Hara F, Shien T, Takabatake D, Takahashi H, et al. Less invasive surgery for primary hyperparathyroidism based on preoperative ^{99m}Tc-hexakis-2 methoxyisobutylisonitrile imaging findings. *Surg Today*. 2004;34:197-203.
4. Medrano C, Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Boley TM, Shawgo T, Grusch A. Thoracoscopic resection of ectopic parathyroid glands. *Ann Thorac Surg*. 2000;69:221-3.
5. Tsuchiya A, Endo S, Abe R. Giant adenoma of the parathyroid: Report of a case. *Surg Today*. 1993;23:465-7.

Fayçal El Oueriachi *, Adil Arsalane y El Hassane Kabiri

Departamento de Cirugía Torácica, Mohamed V Military Teaching Hospital, Mohamed V Souissi University, Rabat, Marruecos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: faycaldr@hotmail.com (F. El Oueriachi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.019>

Lipoma pulmonar intraparenquimatoso con comportamiento clínico de neoplasia maligna



Intraparenchymal pulmonary lipoma clinically mimicking malignant neoplasm

Sr. Director:

Los lipomas son los tumores benignos de tejidos blandos más frecuentes en humanos y aparecen en aproximadamente el 1% de la población. Son por lo general subcutáneos, y rara vez aparecen en vísceras¹. Los lipomas pulmonares son infrecuentes, y la mayoría de ellos se describen como lesiones endobronquiales que constituyen del 0,1 al 0,5% de los tumores de pulmón. Por otro lado, los lipomas pulmonares con localización intraparenquimatosa periférica son extremadamente raros^{2,3}. Presentamos un caso de este tipo.

Un paciente varón de 58 años de edad se presentó con dolor en el hemitórax izquierdo que se irradiaba al brazo izquierdo y el hombro. La radiografía de tórax reveló una lesión no definida en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Una tomografía computarizada multicorte mostró un nódulo pulmonar intraparenquimatoso redondeado y localizado periféricamente que medía 53 × 54 mm y se situaba en la parte inferior del lóbulo superior del pulmón izquierdo (lígula). La lesión estaba en contacto con el diafragma, el pericardio y la pleura parietal (fig. 1).

Se realizó toracotomía y la inspección intraoperatoria reveló una masa tumoral en la lígula que se adhería al diafragma y al pericardio. No se encontraron adenopatías hiliares o mediastínicas. Se realizó lobectomía superior unilateral izquierda y la muestra fue enviada para su análisis histopatológico.

Macroscópicamente, se trataba de una masa tumoral en la lígula redonda, de bordes definidos, suave y marrón claro que

medía 35 × 25 × 25 mm. El análisis histológico reveló un tumor formado por células adiposas maduras con áreas interpuestas de fino estroma de colágeno. El núcleo del tumor estaba necrótico. Una cápsula fibrosa separaba el tumor del resto del parénquima pulmonar y la pleura visceral por uno de los lados y del tejido adiposo y el músculo (considerados partes del pericardio y el diafragma) por el otro lado. Según su apariencia histológica, se informó como lipoma. El paciente se encuentra bien 4 meses después de la cirugía.

Los lipomas pulmonares intraparenquimatosos no parecen tener predilección por un lóbulo o lateralidad y aparecen tanto en varones como en mujeres entre 26-81 años de edad. Los tamaños de los tumores descritos anteriormente son variados, desde 1,3 hasta 7 cm de diámetro²⁻⁴.

Estos tumores tienen un curso clínico benigno y suelen ser asintomáticos, aunque en raras ocasiones, como en este caso, se presentan con parestesia del brazo, disnea leve y disfunción pulmonar^{3,4}.

Los lipomas pulmonares periféricos no se pueden distinguir de los tumores malignos en la radiografía de tórax. Se considera que la tomografía computarizada ayuda al diagnóstico, aunque sigue siendo difícil para los radiólogos decidir la naturaleza biológica de la lesión³.

El tratamiento de los nódulos pulmonares solitarios (incluyendo los lipomas pulmonares) sigue siendo tema de debate, porque en casi ninguno de los casos descritos se ha podido excluir malignidad con total seguridad. Por lo general, se extirpan quirúrgicamente y el procedimiento más habitual es la lobectomía⁵.

En nuestro caso, el estudio de tomografía computarizada multicorte y la inspección intraoperatoria del pulmón mostraron la lesión pulmonar intraparenquimatosa en contacto con el diafragma, el pericardio y la pleura parietal, y simulaba clínicamente una neoplasia maligna. Por lo tanto, la lobectomía se consideró el tratamiento