

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 paratiroides ectópicos mediastinales.

Los adenomas paratiroides 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 intraparenquimatosos 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 intraparenquimatosos 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

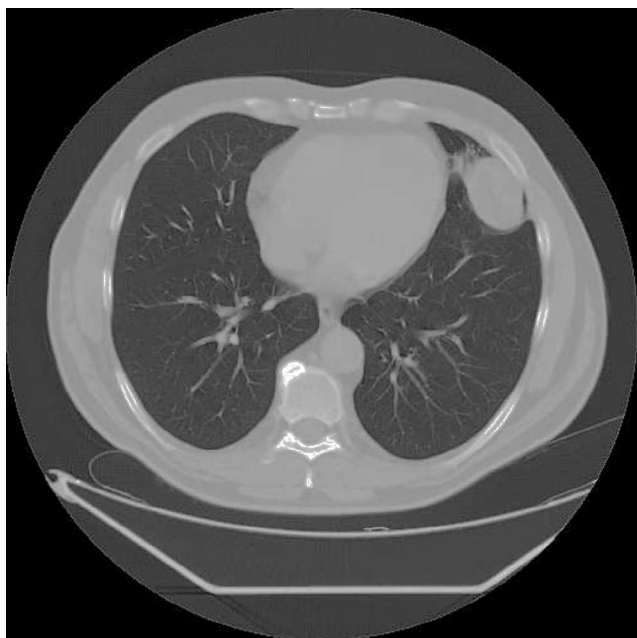


Figura 1. Tomografía computarizada multicorte que muestra un nódulo pulmonar redondo homogéneo e intraparenquimatoso con localización periférica en la língula del pulmón izquierdo. La lesión está en contacto con el pericardio y la pleura parietal.

de elección. Aunque son raros, se deben tener en cuenta los lipomas pulmonares intraparenquimatosos en el diagnóstico diferencial de los nódulos pulmonares localizados periféricamente para que se pueda planificar y modificar cuidadosamente el procedimiento quirúrgico.

Agradecimientos y fuente de financiación

El manuscrito se redactó en el Hospital Universitario de Dubrava, Zagreb. No se recibió financiación externa a la institución. Agradecemos a Stela Bulimbašić y a Arijana Pačić por sus consejos durante la preparación de manuscrito.

Bibliografía

1. Kransdorf MJ. Benign soft-tissue tumors in a large referral population: Distribution of specific diagnoses by age, sex, and location. *AJR Am J Roentgenol.* 1995;164:395-402.
2. Erkilic S, Kocer NE, Tuncozgun B. Peripheral intrapulmonary lipoma: A case report. *Acta Chir Belg.* 2007;107:700-2.
3. Wood J, Henderson RG. Peripheral intrapulmonary lipoma: A rare lung neoplasm. *Br J Radiol.* 2004;77:60-2.
4. Moran AM, Jian B, Min H, Pechet T, Fogt F. Peripheral intrapulmonary lipoma in a 26-year-old woman. A case report. *Pol J Pathol.* 2011;62:113-5.
5. Kim NR, Kim HJ, Kim JK, Han J. Intrapulmonary lipomas: Report of four cases. *Histopathology.* 2003;42:305-6.

Jasna Bacalja^{a,*}, Igor Nikolić^b y Luka Brčić^{c,d}

^a Clinical Department of Pathology and Cytology, Dubrava University Hospital, Zagreb, Croacia

^b Clinical Department of Surgery, Dubrava University Hospital, Zagreb, Croacia

^c Institute of Pathology, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croacia

^d Clinical Department of Pathology and Cytology, University Hospital Centre Zagreb, Zagreb, Croacia

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jasnabacalja@yahoo.com (J. Bacalja).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.06.021>

Nódulos pulmonares migratorios en paciente con colitis ulcerosa



Migratory Pulmonary Nodules in a Patient With Ulcerative Colitis

Sr. Director:

La colitis ulcerosa (CU) es una enfermedad inflamatoria intestinal que puede cursar con afectación extra-intestinal. En la presente carta, presentamos un caso atípico de manifestaciones pulmonares de CU.

Varón de 70 años con antecedentes de CU estable los últimos 5 años bajo tratamiento con azatioprina. Consultó por cuadro de hemoptisis. Se realizó tomografía computarizada (TC) torácica que detectó nódulo cavitado de 18 mm en lóbulo inferior derecho. Al mes, se realizó PET-TC que objetivó crecimiento (19,5 mm) e hipermetabolismo (SUV 5,77) del nódulo. Broncoscopia sin alteraciones y estudio funcional respiratorio con leve alteración no obstructiva (FEV1/FVC 77, FEV1 [L] 2,22 [68%], FVC [L] 2,89 [65%]). Estudio microbiológico de las muestras endoscópicas, con auramina y detección de ácidos nucleicos para *M. tuberculosis* complex, negativos. Cuatro semanas después, el paciente presenta nuevo episodio de hemoptisis e insuficiencia respiratoria (pO₂ de 52 mmHg). Una nueva TC torácica objetiva masa de 7 cm en lóbulo superior derecho (LSD) (fig. 1A). El estudio con contraste descartó tromboembolismo pulmonar. Se repitió la broncoscopia, de nuevo normal, con resultados negativos para citología y microbiología (detección directa

y cultivos para bacterias, hongos y micobacterias). Ante la sospecha de absceso pulmonar, se inició tratamiento con clindamicina con una correcta evolución clínica. Sin embargo, la TC torácica de control a los tres meses objetivó resolución de dicha lesión con aparición de nueva imagen cavitada en el LSD (fig. 1B). Para descartar relación con la enfermedad intestinal, se realizó una colonoscopia que evidenció CU leve. Además, el estudio inmunológico (incluyendo anticuerpos anti-nucleares y anti-citoplasma) fue negativo.

Dada la ausencia de diagnóstico se decidió la realización de biopsias pulmonares mediante toracotomía. La anatomía patológica evidenció acúmulos estériles de neutrófilos con áreas de necrosis y focos de neumonía organizada, sin evidencia de infiltración vascular. Estos hallazgos se interpretaron como compatibles con afectación pulmonar por su CU. Se inició tratamiento con prednisona 30 mg cada 12 h durante 2 semanas con resolución completa de las imágenes radiológicas (fig. 1C).

La CU es una enfermedad inflamatoria que afecta a la mucosa del colon. Sus principales manifestaciones son la diarrea, el dolor abdominal y las rectorragias¹. Sin embargo, en un 10-30% de los casos puede acompañarse de manifestaciones extra-intestinales, sobre todo en articulaciones, piel y ojos. Las manifestaciones pulmonares asociadas a la CU son raras, múltiples e inespecíficas^{2,3}. Los síntomas más frecuentes son la tos y las sibilancias³. En nuestro caso, los síntomas fueron hemoptisis e insuficiencia respiratoria, síntomas no habituales en las series publicadas²⁻⁴. Los hallazgos radiológicos son también muy variados. Entre los más frecuentes se incluyen las bronquiectasias y las opacidades en vidrio deslustrado³. Nuestra TC mostró nódulos pulmonares cavitados