



¿Paratiroides mediastínica o adenopatía infiltrada por neoplasia endocrina?

Sr. Director: La mediastinoscopia cervical constituye todavía la técnica de referencia en la estadificación ganglionar prequirúrgica del carcinoma broncogénico. Está presente, en mayor o menor medida, en todos los algoritmos diagnóstico-terapéuticos de esta enfermedad y constituye una exploración quirúrgica habitual en los servicios de cirugía torácica. La identificación de las adenopatías es visual y el aspecto de los ganglios, variable pero característico en general, con un espectro que va desde pequeños nódulos carnosos hasta grandes adenopatías antracóticas, pasando por ganglios completamente calcificados o con un punteado o moteado blanquecino, sugestivo de infiltración tumoral.

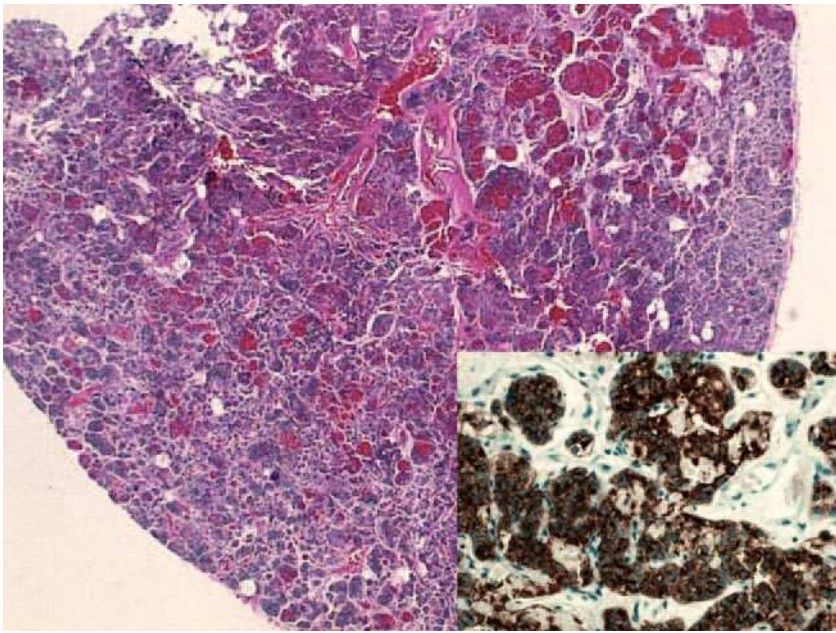


Fig. 1. Fragmento de biopsia de paratiroides mediastínica. Se aprecia la cápsula de la glándula, así como su forma redondeada. Recuadro inferior: inmunotinción que detecta la presencia de paratirina en la glándula.

Presentamos el caso de un varón de 72 años con un nódulo pulmonar espiculado de 3 cm de diámetro en el lóbulo superior derecho y adenopatías mediastínicas con un tamaño en el límite de la normalidad. La biopsia transbronquial por fibrobroncoscopia no obtuvo resultado diagnóstico y no pudo realizarse punción aspirativa con aguja fina por la localización central de dicho nódulo. Ante la sospecha de neoplasia pulmonar se realizó una tomografía por emisión de positrones-tomografía axial computarizada como parte de la estadificación ganglionar, con el resultado de captación patológica en el mediastino e hilio derecho. Para la confirmación histopatológica de la posible infiltración neoplásica en las adenopatías en que se efectuó biopsia, salvo en la estación 2L. En el informe esta adenopatía constaba inicialmente como "neoplasia endocrina con ausencia de tejido ganglionar". Ante lo sorprendente del resultado se revisó la pieza realizando inmunotinción para paratirina y se demostró la presencia de esta hormona en la preparación. El resultado definitivo fue "glándula paratiroides" (fig. 1).

La presencia de glándulas paratiroides ectópicas no es excepcional en el mediastino. Se ha detectado hasta en el 7% en series de autopsias y hasta en el 10% en las series de pacientes con hiperparatiroidismo¹. Aparecen en el 38% de los casos de fracaso del tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo mediante paratiroidectomía cervical². La técnica habitual de resección es la esternotomía media o, más recientemente, la videotoracoscopia, guiada en ocasiones mediante sondas gammagráficas³. También se ha descrito la resección mediante mediastinoscopia, con las ventajas que supone este procedimiento mínimamente invasivo^{4,5}. Sin embargo, no hay en la literatura médica referencias a la biopsia casual de una glándula paratiroides ectópica en el transcurso de una mediastinoscopia de estadificación ganglionar por un carcinoma broncogénico. En la experiencia personal del primer autor, de unas 200 mediastinoscopias, nunca se había obtenido este resultado.

La relevancia de este hecho reside en que, en un primer análisis con técnicas convencionales de tinción, el aspecto patológico de una paratiroides mediastínica puede resultar indistinguible del de una neoplasia endocrina de la misma localización. En los pacientes cuyo tumor primario sea también de estirpe endocrina este hallazgo puede conducir erróneamente a considerar la existencia de extensión ganglionar de la enfermedad. La detección de paratirina mediante inmunohistoquímica permite, sin embargo, distinguir entre una neoplasia endocrina con diseminación mediastínica y una paratiroides ectópica en mediastino, posibilidad que debe tenerse en cuenta al valorar los resultados anatomopatológicos de esta exploración. Por otro lado, la presencia de captación patológica en la tomografía por emisión de positrones hace obligada la confirmación histológica de la infiltración ganglionar mediante mediastinoscopia.

**Francisco Javier Moradiellos Díez^a,
Isabel Salas Villar^b y Clara Salas Antón^b**

^aServicio de Cirugía Cardiovascular y Torácica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

^bServicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid. España.

1. Sitges-Serra A, Sancho JJ, Pereira JA, Girvent M, Pascual M, Berná L. Hiperparatiroidismos debidos a glándulas paratiroides de localización torácica. *Cir Esp.* 2003; 73:213-7.
2. Clark OH. Mediastinal parathyroid tumors. *Arch Surg.* 1998;123:1096-100.
3. Barriga-Sánchez R, Larrañaga E, García JL, Tamura A, Pun Y, Martín E. Nueva técnica quirúrgica para glándulas paratiroides intratorácicas: la videotoracoscopia con detección de Tc-MIBI intraoperatoria. *Cir Esp.* 2006;79:255-7.
4. Ohno K, Kuwata K, Yamasaki Y, Yamasaki H, Hatanaka N, Yamamoto S. Mediastinoscopic extirpation of mediastinal ectopic parathyroid gland. *Ann Thorac Surg.* 1997; 64:238-40.
5. Adinolfi M, Browder W, Wallin JD, Jones JW. Excision of mediastinal parathyroid gland by mediastinoscopy. *South Med J.* 1983;76:1496-7.