

Finalmente cabe recalcar que, tras la revisión exhaustiva de la bibliografía médica, este sería el primer caso reportado procedente de España, que viene a sumarse a los muy infrecuentes casos descritos en Europa.

Bibliografía

- Poletti V, Casoni G, Chilosi M, Zompatori M. Panbronchiolitis. *Eur Respir J*. 2006;28:862-71.
- Keicho N, Hijikata M. Genetic predisposition to diffuse panbronchiolitis. *Respirology*. 2011;16:581-8.
- Martinez JA, Guimarães SM, Ferreira RG, Pereira CA. Diffuse panbronchiolitis in Latin America. *Am J Med Sci*. 2000;319:183-5.
- Fitzgerald JE, King Jr TE, Lynch DA, Tuder RM, Schwarz MI. Diffuse panbronchiolitis in the United States. *Am J Respir Crit Care Med*. 1996;154 2 Pt 1:497-503.
- Anthony M, Singham S, Soans B, Tyler G. Diffuse panbronchiolitis: not just an Asian disease: Australian case series and review of the literature. *Biomed Imaging Interv J*. 2009;5:e19.
- Yang M, Dong BR, Lu J, Lin X, Wu HM. Macrolides for diffuse panbronchiolitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010:CD007716.

Yamilex Urbano Aranda*, Isabel García San José y Encarnación López Gabaldón

Servicio de Neumología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yamilexurbano@separ.es (Y. Urbano Aranda).

doi:10.1016/j.arbres.2011.12.010

Hematoma mediastinal espontáneo como manifestación inicial de adenoma quístico de paratiroides ectópica

Spontaneous Mediastinal Hematoma as an Initial Manifestation of Ectopic Parathyroid Cystadenoma

Sr. Director

Se expone el caso de una mujer de 61 años que consultó por hematoma mediastinal atraumático. Además, refirió picadura de ofidio en brazo derecho 5 días antes, con reacción local. Los estudios por imágenes descartaron lesiones vasculares o cardíacas. En la toracotomía exploradora se observó un gran hematoma mediastinal que infiltraba el tejido mediastinal laxo, sin que se identificaran tumores o vasos sangrantes (fig. 1A). No había lesión de la vena cava superior. Se abrió el pericardio y se exploró la raíz de la aorta y la arteria pulmonar, sin encontrar lesión o sangrado. Se extrajeron múltiples coágulos y tejido adiposo infiltrado por sangre. En el material enviado al servicio de patología se diagnosticó rotura de adenoma quístico de glándula paratiroidea ectópica. En el estudio macroscópico se evidenció tejido extensamente infiltrado por hemorragia. En la microscopia se observó la proliferación de células poligonales, sin atipia, de citoplasma claro, dispuestas en nidos sólidos y rodeadas por un estroma densamente vascularizado, con extensa hemorragia (fig. 1B). Dichas células fueron positivas para CK7, AE1/AE3, SYN y RCC. Los hematomas mediastinales son causados por traumatismos, aneurismas o rotura de grandes vasos o de corazón, y por iatrogenia asociada a procedimientos invasivos o quirúrgicos¹. Entre otras etiologías posibles se encuentran: alteraciones de la coagulación, tumores (benignos y malignos), tos o estornudos (maniobra de Valsalva), uremia, hipertensión renovascular, rotura de quistes tímicos, tiroideos y paratiroides, metástasis, hematopoyesis extramedular y lipomatosis mediastínica¹. Si clínicamente no se ha podido identificar la causa del hematoma, se debe recurrir a los métodos de diagnóstico. Como regla de oro, se dispone de la aortografía y la exploración quirúrgica. Kodolitsch et al.² demostraron que la combinación de los estudios tenía mayor rédito que cada uno por separado. Así, el ecocardiograma transtorácico y la tomografía computarizada tenían una sensibilidad del 75% y una especificidad del 99%, y el ecocardiograma transesofágico y la resonancia magnética nuclear contaban con una sensibilidad del 92% y una especificidad del 97%. No hay datos concretos todavía que avalen el uso del PET-scan para el diagnóstico. El tratamiento de estos pacientes varía según el estado de los mismos y los resultados de los métodos complementarios. Si el paciente está estable y hay ciertas sospechas de la etiología por los resultados de los estudios, la conducta

puede ser conservadora. Otra alternativa es la embolización percutánea. Si el paciente está inestable y no se ha podido encontrar la causa, el tratamiento es la exploración quirúrgica (toracotomía o esternotomía)^{1,2}. Con respecto a los hallazgos histopatológicos, en un estudio publicado en 1995 se estudiaron 97 pacientes con diagnóstico de hiperparatiroidismo renal, detectándose 60 glándulas ectópicas en 34 pacientes. En este estudio, la localización ectópica más frecuente fue mediastinal³. En otro estudio de 231 pacientes operados por hiperparatiroidismo, el 16% tenía ectopia de las glán-

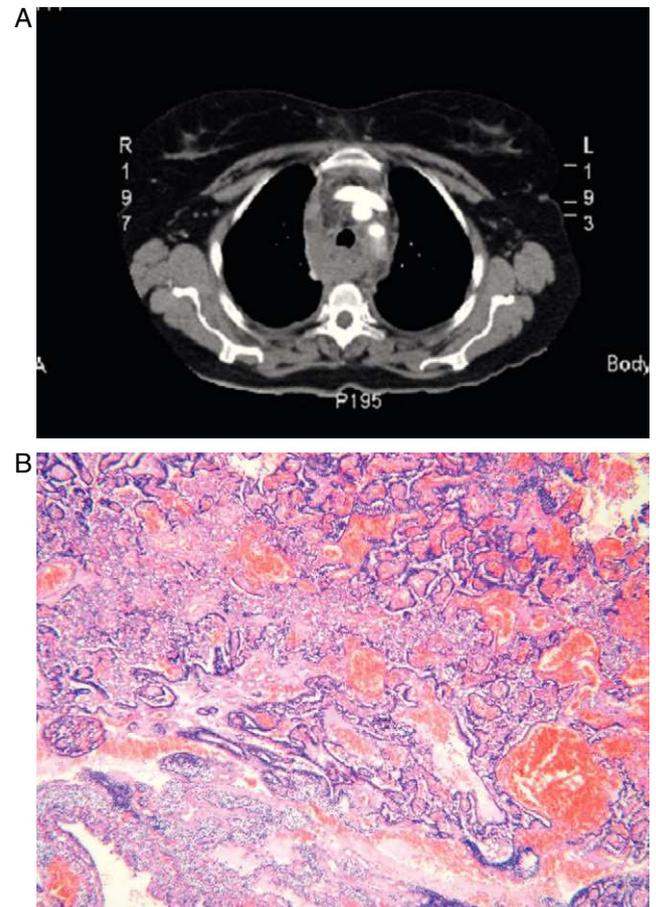


Figura 1. A Corte axial de tomografía computarizada con contraste intravenoso: ensanchamiento del mediastino por gran infiltración mediastinal por hematoma. B Tejido paratiroideo con extensa hemorragia y vasocongestión (H/E, $\times 4$).

dulas. Las paratiroides inferiores ectópicas fueron el 62% del total, encontrándose el 22% en el mediastino anterosuperior. Las paratiroides superiores ectópicas, correspondientes al 38%, se observaron en el mediastino posterosuperior en el 14%⁴. El tejido paratiroideo ectópico puede sufrir procesos hiperplásicos y adenomatosos. En 1992, Nies et al.⁵ comunicaron que de 126 pacientes con adenomas paratiroides, 6 pacientes (4,8%) tuvieron 7 adenomas quísticos. De ellos, un número significativo se encontraron en el mediastino, con lo que se planteó la posibilidad de que los adenomas paratiroides quísticos tuvieran tendencia a localizarse fuera de su ubicación anatómica habitual. El estudio macroscópico del material resecado no permitió reconocer una lesión tumoral dada la hemorragia y la fragmentación del tejido, y menos aún de aproximar el tamaño o el peso de la lesión. En la microscopia, las células tumorales presentaban la morfología y la arquitectura típicas del tejido paratiroideo. La inmunohistoquímica permitió confirmar el origen al mostrar inmunomarcación para CK7, AE1/AE3 y SYN. La expresión del marcador RCC permitió determinar la naturaleza adenomatosa de la lesión, dado que en un estudio de McGregor et al.⁶ se evidenció que el 100% de los adenomas paratiroides estudiados fueron positivos para RCC. La lesión presentaba además extensa hemorragia con marcada vasocongestión, pudiendo vincularse como origen del hematoma mediastinal. Los hematomas mediastinales espontáneos atraumáticos son infrecuentes. En ausencia de las etiologías más comunes, debería plantearse la posibilidad de rotura de lesiones quísticas ectópicas. Se resalta la importancia del conocimiento de las lesiones paratiroides ectópicas y de sus localizaciones más frecuentes, debido a la posibilidad de manifestaciones clínicas atípicas que puedan plantear diversos diagnósticos diferenciales, con conductas terapéuticas diferentes. Los estudios complementarios pueden ayudar en el diagnóstico etiológico y en la elección del mejor método de tratamiento. El estudio histopatológico y de

inmunohistoquímica es de utilidad para determinar la causa de la hemorragia; en este caso, para determinar el origen paratiroideo de la lesión y descartar otras neoplasias.

Bibliografía

1. Song J, Hindawi RK, Deshpande AS, Fares II LG. Spontaneous atraumatic mediastinal hematoma. *Hosp Physician*. 2002;38:37-9.
2. Kodolitsch YV, Krause N, Spielmann R, Nienaber CA. Diagnostic potential of combined transthoracic echocardiography and X-ray computed tomography in suspected aortic dissection. *Clin Cardiol*. 1999;22:345-52.
3. Zeze F, Itoh H, Ohsato K. Hyperplasia and adenoma of the ectopic parathyroid gland. *Nippon Rinsho*. 1995;53:920-4.
4. Phitayakorn R, McHenry CR. Incidence and location of ectopic abnormal parathyroid glands. *Am J Surg*. 2006;191:418-23.
5. Nies C, Hasse C, Zielke A, Wagner PK, Rothmund M. Cystic parathyroid gland adenomas: pathologic-anatomic variants of parathyroid gland adenomas or a separate disease entity? *Langenbecks Arch Chir*. 1992;377:158-61.
6. McGregor DK, Khurana KK, Cao C, Tsao CC, Ayala G, Krishnan B, et al. Diagnosing primary and metastatic renal cell carcinoma: the use of the monoclonal antibody 'Renal Cell Carcinoma Marker'. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:1485-92.

María Virginia Bürgesser^{a,*}, Ana B. de Diller^a,
Diego Martín Debernardi^b y Mario Eduardo Bustos^b

^a *Servicio de Patología, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina*

^b *Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Privado Centro Médico de Córdoba, Córdoba, Argentina*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: virburgesser@gmail.com (M.V. Bürgesser).

doi:10.1016/j.arbres.2011.12.007