

RESECCION TORACOSCOPICA DE UNA GLANDULA PARATIROIDEA HIPERSECRETANTE MEDIASTINAL.

Luis Gramática (H), Andrés Mercado Luna, Guillermo Verasay,
Adrián Brizuela, y Luis Gramática.

RESUMEN

Por lo general en manos experimentadas las paratiroides inferiores, de localización tímica o extratímica baja, son la principal causa de fracaso terapéutico quirúrgico. Cuando no son accesibles por cervicotomía o bien se diagnosticaron posteriormente, la esternotomía o la ablación angiográfica eran considerados como los tratamientos de elección. El haberse publicado limitadas experiencias de abordaje toracoscópico con buenos resultados nos motivo al empleo de esta vía. Material y método: paciente de 49 años con hiperparatiroidismo secundario por IRC de 7 años de evolución. Luego de una paratiroidectomía sub-total con timectomía bilateral, no presenta mejoría clínica ni de laboratorio. Al ser estudiada con centellograma sesta-MIBI, RMN y TAC torácica es localizada un tumor en mediastino medio. Abordaje toracoscópico izquierdo, identificándose con facilidad las estructuras mediastinales. A nivel de la ventana aortopulmonar se localiza una masa tumoral que con simples maniobras de disección es fácilmente extraída en bolsa. La biopsia por congelación confirma la etiología paratiroidea de la misma. Resultado: Evolución clínica y de laboratorio favorable con alta de sala al 3º día, encontrándose a los dos años asintomático. Conclusión: vemos con entusiasmo el abordaje toracoscópico de glándulas paratiroides hipersecretantes ubicadas en mediastino

medio que no hayan podido ser extraídas por cervicotomía.

Palabras Claves: Toracoscofia - Paratiroides

ABSTRACT

In general experienced hands, the inferior parathyroid glands, localized in the thymus or low extrathymus are the main cause or surgical therapeutic failure. When they could not be approached through cervicotomy, or when they were diagnosed after surgery the sternotomy or the angiographic ablation were chosen as treatment. The limited number of thoracoscopic approach whit good results published so far, moved us to use this method. Material and method: patient of 49 years with a 7 year secondary hiperprathyroidism due to CRI. After a sub total parathyroidectomy with bilateral thimectomy, the patient did not present clinical or laboratory improvement. Through a thoracic centellogram sixth MIBI, NMR and CAT, a tumor in the middle mediastinum was found. The mediastinal structures have been easily identified through a left thoracoscopic approach. At the level of the aortopulmonary window, a tumoral mass is located and, with a simple dissection, it is easily extracted in bag. The biopsy through freezing confirms the parathyroid etiology of the gland. Result: clinical and laboratory evolution has been favorable, with hospital discharged at the 3º day, and being asymptomatic after two years. Conclusion: the hipersecretant

parathyroid glands, located in middle mediastinum, that can not be approach through cervicotomy, can be successfully approach through thoracoscopic technique.

Key Words: Thoracoscopic - Parathyroid.

INTRODUCCION:

En grandes series como la de Dubost y cols. y Wang y cols. la esternotomía para la resección de glándulas paratiroides hipersecretantes fue necesaria en un 1,3 a 2,5% de los casos (1, 2), cifras equivalentes a la proporción de paratiroides inferiores de localización mediastinal tímica o extratímica baja reportada por trabajos anatómicos (3). Estas localizaciones son por lo general las causantes de los fracasos terapéuticos de la cirugía de las paratiroides en manos experimentadas. Cuando la lesión no es accesible por cervicotomía, o cuando se diagnostica un adenoma mediastinal después de realizado el procedimiento cervical, la esternotomía convencional y la ablación angiográfica (4) han sido consideradas como las modalidades de elección para su tratamiento. No obstante, desde principio de los años 90, varios autores en estas circunstancias han presentado pequeñas experiencias de pacientes tratados mediante toracoscopia con muy buenos resultados y con ventajas teóricas importantes en relación a los métodos antes mencionados (5, 6, 7, 8, 9).

El haber operado con éxito un caso por vía toracoscópica en nuestra práctica profesional privada nos motivó a publicarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 49 años, sexo femenino, operada en agosto de 1998 de un hiperparatiroidismo secundario por insuficiencia renal crónica de 7 años de evolución. En la cervicotomía se localizaron cuatro glándulas aumentadas de tamaño confirmadas por las biopsias por congelación, por lo que se realizó una paratiroidectomía subtotal con timectomía cervical bilateral. Al mes, la paciente no presentaba mejoría clínica y los resultados biológicos determinaron un HPT 2º persistente con hipercalcemia y valores de PTH superiores a 1000 pg/dl que a los siete meses de la cirugía retornaron a los valores del preoperatorio (1418 a 1560 pg/dl). La paciente es estudiada con centellograma sesta-MIBI, resonancia magnética nuclear y TAC cervico-torácica. Los tres estudios coincidieron en localizar un tumor en el mediastino, precisando los dos últimos su localización a nivel de la ventana aortopulmonar. Se decidió el abordaje toracoscópico.

Después de la inducción anestésica y de la intubación con un tubo endotraqueal de doble luz se colocaron dos trócares de 10-12 mm en línea axilar anterior y posterior a nivel del 4º espacio intercostal y un tercero en línea axilar media en el 6º espacio intercostal.

Se identificó con facilidad, el nervio frénico y la ventana aortopulmonar (Fig. 1) en donde con pocas maniobras de disección se localizó una masa de 2 x 2,2



Fig. 1: Identificación de nervio frénico y ventana aortopulmonar.

cm irregular (Fig. 2), que fue resecada y luego de ser colocada en una bolsa, extraída por uno de los trócares. La biopsia por congelación confirmó la naturaleza paratiroidea del tejido por lo que se dió

por concluido el procedimiento. Se colocó un tubo de drenaje pleural que fue exteriorizado por la incisión inferior y retirado a las 48 hs. Alta hospitalaria al 3º día.



Fig. 2: Masa tumoral en ventana aortopulmoenar.

DISCUSIÓN

El primer caso histórico de adenoma paratiroideo mediastinal tratado por esternotomía fue el del Capitán Charles E. Martell, operado por Edward Churchill y Oliver Cope en 1932 en el Massachusetts General Hospital de Boston después de 6 cirugías cervicales negativas. Desgraciadamente, el paciente que fue clínica y biológicamente curado de su hiperparatiroidismo, seis semanas más tarde falleció de complicaciones relacionadas a su nefrocalcinosis. Desde entonces, mucho se ha desarrollado el conocimiento sobre el tema, pero aun hoy en los comienzos del tercer milenio, esta situación sigue sin una terapéutica que en forma unánime sea considerada de elección.

La extracción por toracoscopia de glándulas paratiroideas ectópicas hiperfuncionantes es considerada por algunos autores como una mejor alternativa terapéutica que la esternotomía o la ablación angiográfica (5, 6, 7, 8, 9). En comparación con la esternotomía, la toracoscopia ofrece los mismos beneficios para la resección, disminuyendo la morbimortalidad general y la estadía

hospitalaria. En nuestro caso fue de 3 días en comparación con el promedio publicado por Doherty y cols., que fue de 9 días en los pacientes con esternotomía convencional a lo cual debemos adicionar los mejores resultados cosméticos que brinda el abordaje toracoscópico. Con respecto a la ablación angiográfica, si bien evita la operación, conlleva un 40% de fracasos terapéuticos, resultados publicados por expertos en un trabajo comparativo con la esternotomía convencional y creemos que es una cifra considerable. Además, debemos tener presente la imposibilidad de realizar un autotransplante en caso de ser necesario y además, si estamos en presencia de una patología maligna mediastinal que mimetizara un adenoma paratiroideo, no podríamos obtener estudio anatomopatológico con la consecuente imposibilidad de tratar correctamente el tumor.

CONCLUSION

Vemos con entusiasmo la resección toracoscópica de glándulas paratiroideas hipersecretantes ubicadas en el mediastino

que no han podido ser extraídas por cervicotomía. Creemos en base a esta experiencia y a la bibliografía consultada, que es una alternativa a ser priorizada sobre la esternotomía convencional y la ablación angiográfica.

BIBLIOGRAFIA

1. Dubost CL, Bouteloup PY. Explorations médiastinales par sternotomie dans la chirurgie de l'hyperparathyroïdie. 36 cas. *J Chir* 1988; 125: 631-637.
2. Wang CA, Gaz RD, Moncure AC. Mediastinal parathyroid exploration, a clinical and pathologic study of 47 cases. *World J Surg* 1986; 10: 687-695.
3. Akerström G, Malmeus J, Bergström R. Surgical anatomy of human parathyroid glands. *Surgery* 1984; 95: 17.
4. Doherty GM, Doppman JL, Miller DL et al. Results of a multidisciplinary strategy for management of mediastinal parathyroid adenoma as a cause of persistent primary hyperthyroidism. *Ann Surg* 1992; 215: 101-6.
5. Prinz RA, Lonchyna V, Carnaille B, Wurtz A, Proye C. Thoracoscopic excision of enlarged mediastinal parathyroid glands. *Surgery* 1994; 116: 999-1004.
6. Smythe WR, Bavaria JE, Hall RA, Kline GM, Kaiser LR. Thoracoscopic removal of mediastinal parathyroid adenoma. *Ann Thorac Surg* 1995; 59: 236-8.
7. Knight R, Ratzner ER, Fenoglio ME, Moore JT. Thoracoscopic excision of mediastinal parathyroid adenomas: a report of two cases and review of the literature. *J Am Coll Surg* 1997; 185: 481-5.
8. Porte H. Thoracoscopic parathyroidectomy of an ectopic mediastinal adenoma. *Br J Surg* 1997; 84: 1175.
9. Peix JL, Van Box Som P, Claeys K, Lapras V. Excision of a parathyroid adenoma of the aorto-pulmonary window under thoracoscopy. *Presse Med* 1996; 25: 494-6.