



Mediastinoscopia en el tratamiento del hiperparatiroidismo recidivado

Sr. Director:

Hemos leído con interés el excelente trabajo de Jaime Jimeno y el grupo de Sitges Serra titulado «Tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo secundario recidivado»¹, en el que presenta la casuística del servicio en el tratamiento de ésta no tan infrecuente complicación.

Se han publicado cifras de incidencia de recidiva/persistencia que oscilan entre el 2 y 20% y que están en relación con la localización incompleta en la primera intervención, la presencia de glándulas supernumerarias o ectopias mayores, o hiperplasia del remanente tras la paratiroidectomía subtotal.

En estos casos, en la actualidad el diagnóstico de localización preoperatorio se realiza mediante técnicas de imagen: gammagrafía con Tc-sestamibi², preferentemente en la versión tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT) y una técnica de imagen anatómica, tomografía computarizada/resonancia magnética, obteniéndose cerca de un 100% de diagnósticos positivos², de forma que permite el diseño específico de la vía de abordaje.

En cuanto a las vías de abordaje, cuando la recidiva se localiza en el tórax se han propuesto diversas opciones², como la esternotomía media, la mediastinoscopia anterior izquierda, la toracotomía izquierda y la videotoracoscopia³.

En este sentido, hemos tenido oportunidad de intervenir quirúrgicamente en nuestra unidad a un paciente de 54 años de edad, con antecedentes de paratiroidectomía subtotal hacía 18 meses, en programa de hemodiálisis, que presentaba recidiva bioquímica y clínica de hiperparatiroidismo secundario. Se realizó un diagnóstico de localización mediante gammagrafía planar con TC-sestamibi y TC cervicotorácica, confirmándose la presencia de una glándula ectópica retroesternal en el tercio superior/medio de mediastino anterior.

Se decidió plantear inicialmente, de acuerdo con el servicio de cirugía torácica, un abordaje mediante mediastinoscopia transcervical, que se realizó bajo anestesia general, a través de una pequeña cervicotomía transversa de unos 4 cm en el *yugulum* esternal, localizándose y obteniendo sin gran dificultad un espécimen de 25 x 15 mm

de forma bilobulada. El estudio anatomopatológico informó de glándula paratiroides con hiperplasia nodular.

Actualmente son todavía escasas las referencias bibliográficas^{4,5} sobre la mediastinoscopia en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo recidivado por glándula ectópica mediastínica. No obstante, en todos los casos como el nuestro se constata la eficacia, la sencillez, la poca agresividad y la reproducibilidad de la técnica en relación con otros abordajes.

Por todo ello, creemos que la mediastinoscopia debería incorporarse sistemáticamente al arsenal quirúrgico en el tratamiento del hiperparatiroidismo recidivado por glándula ectópica mediastínica, en casos seleccionados.

**José M. Miguelena^a, Ignacio Barranco^a,
Sofía Borlán^a y Raúl Embún^b**

^aServicio de Cirugía. Unidad de Cirugía Endocrina. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

^bServicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Bibliografía

1. Jimeno J, Pérez M, Pereira JA, Sancho JJ, Sitges-Serra A. Tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo secundario recidivado. *Cir Esp*. 2005;78:34-8.
2. 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.
3. Kumar A, Kumar S, Aggarwal S, Kumar R, Tandon N. Thoracoscopy: the preferred method for excision of mediastinal parathyroids. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2002;12:295-300.
4. Adinolfi M, Browder W, Wallin JD, Jones JW. Excision of mediastinal parathyroid gland by mediastinoscopy. *South Med J*. 1983;76:1496-947.
5. 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.