

NUESTRA EXPERIENCIA CON 139 CASOS DE TUMORES DE MEDIASTINO OPERADOS

Por los Dres. F. SERRANO MUÑOZ, A. ALIX TRUEBA, J. TOLEDO GONZÁLEZ, M. CASILLAS y F. GARCÍA-LAX

En los últimos veinte años se ha cambiado mucho la actitud terapéutica para los tumores de mediastino. Al principio de este período se tenía la impresión de que la mayoría de las tumoraciones de mediastino debían ser sometidas a observación o tratadas con radioterapia; posteriormente, esta actitud cambió en sentido opuesto, aconsejándose operar todos los casos de tumoraciones mediastínicas; en la actualidad, con los medios de diagnósticos actuales, la mayoría de las veces sabemos cuándo una tumoración mediastínica se debe o no operar, evitando operaciones innecesarias.

Los principales medios de diagnósticos de las tumoraciones o quistes del mediastino son: radiológicos, radiografía simple, anteroposterior o lateral; tomografías, timografías, radioscopias, broncografía, esofagografía, neumoperitoneo, etc. Otros medios de diagnósticos son: biopsia de los ganglios preescalénicos, angiografía, broncoscopia, esofagoscopia, toracoscopia, etc. Un último medio actual de diagnóstico y de gran utilidad es la mediastinoscopia. Como orientación diagnóstica, diremos que los tumores y quistes de mediastino tienen una predilección en su localización; los tumores neurogénicos y los quistes enterogénicos suelen localizarse en el mediastino posterior; los quistes celómicos, con su variedad los teratomas, los timomas y los bocios intratorácicos en el mediastino anterior; los tumores de origen linfático y los quistes broncogénicos en el mediastino medio. Los quistes hidatídicos del mediastino no tienen predilección por determinada localización.

La proporción aproximada de estos tumores y quistes del mediastino viene dada por la tabla 1.

Aproximadamente la mitad de estos tumores y quistes del mediastino son asintomáticos. Cuando la sintomatología es muy acentuada, con compresión de los órganos vecinos, suele indicar transformación maligna del tumor o agrandamiento brusco de la tumoración por hemorragia o infección.

Los quistes broncogénicos suelen ser asintomáticos; solamente se acompañan de síntomas cuando se infectan o tienen hemorragias quísticas. Cuando se infectan, pueden perforarse en bronquio, originando una infección difusa pulmonar o en pleura, determinando un empiema. Todo lo que hemos dicho para los quistes broncogénicos se puede trasladar a los enterogénicos.

Lo que caracteriza a los bocios intratorácicos es el rechazamiento de la tráquea y del esófago, pero, generalmente, sin invadirlos, y también los movimientos de la tumoración con la deglución, vistos a radioscopia, aunque esto puede no presentarse si el bocio se maligniza. Los teratodermoides suelen ser también asintomáticos, pero cuando se infectan, pueden producir síntomas de compre-

sión o abrirse camino hacia los bronquios, cavidad pleural o hacia el exterior a través de la pared central. Cuando se malignizan, el 10 % de los casos se acompañan de dolor.

Los tumores neurogénicos suelen ser hallazgos radiológicos, de localización posterior y, generalmente, con separación de los espacios intercostales. Aunque poco constante, pueden presentar dolor, por propagación intramedular de la tumoración o por transformación maligna, más frecuente en los neuroblastomas. La presencia de derrame pleural denota mal pronóstico.

Casi todos los quistes pericárdicos son asintomáticos.

El cáncer del mediastino en general y los linfomas, linfosarcomas HODGKIN, etc., suelen tener una sintomatología muy rica: dolor, tos, edema de cuello, mal estado general, etc., siendo muy frecuente, en los de localización con predominio en el lado derecho, la compresión de la vena cava superior. La mayoría de ellos son inoperables. Aunque muy raramente, estos linfomas mediastínicos suelen ser localizados y operables, como sucedió en dos de nuestros casos.

Los tumores del timo, o timomas, son relativamente frecuentes. En el 50 % de los casos de timomas se presenta miastenia gravis, y esta enfermedad suele ser más grave que la miastenia simple y responde peor al tratamiento médico quirúrgico. Otras veces, los timomas son hallazgos radiológicos. La presencia de dolor retroesternal denota transformación maligna.

TRATAMIENTO

La mayoría de las veces el tratamiento es quirúrgico: posibilidad de transformación maligna. En general se admite que del 15 al 20 % de todos los tumores y quistes del mediastino pueden malignizarse. Independientemente de la posible transformación maligna, existe la posibilidad de que estos tumores o quistes del mediastino, comprimiendo las vías respiratorias, esófago, y a veces las cavas, causando síntomas de insuficiencia respiratoria, dificultad en la ingestión de alimentos o alteración en la dinámica cardíaca.

La radioterapia se indicará en los sarcoides, linfosarcomas, reticulosarcoma, en los cánceres propagados al mediastino y en los neuroblastomas. Hay quien ha indicado la radioterapia en los timomas, pero en la actualidad no se emplea, a no ser como complemento de la resección incompleta.

La operación debe ser lo más precoz posible. Puede ser sencilla en casos no complicados, haciéndose técnicamente muy difícil o imposible, cuando existe transformación maligna o infección, por invasión de los órganos vecinos: corazón, esófago, árbol tráqueo-bronquial y vasos del cuello.