

CONDROMA DE MEDIASTINO

Dr. Guzmán Blanco

(La Coruña)

Presentamos el caso de un individuo de 63 años, marinero. Su historia clínica puede resumirse: no recuerda haber estado enfermo de gravedad, siempre tuvo catarros, como es habitual en los de su profesión. En los últimos tiempos se cansa al trabajar, perdió apetito y adelgaza. Desde hace tres semanas, aumentó la tos, tuvo unos días expectoración hemóptica y fiebre alta, ésta cedió a los pocos días y él piensa que pasó una gripe.

El enfermo presenta mal estado general, llamando la atención su palidez y disnea aun en reposo. En la exploración radioscópicas llamó inmediatamente la atención las imágenes que se observan en las radiografías. De frente, se observa: una imagen que ocupa aproximadamente dos espacios intercostales y unos 5 centímetros ancho, de densidad heterogénea, resaltando unas máculas de mayor densidad que parecen calcificaciones intratumorales, la imagen es redondeada, de bordes lisos y está situada paraesternalmente, en le cruzamiento del arco anterior de la 2.^a y 3.^a costilla con el posterior de la 6.^a y 7.^a. En la radiografía además, se observan unas imágenes diseminadas en sentido ápico caudal, pero más numerosas en el lóbulo superior de mucha menos densidad que parece un enfosamiento de la trama. La radiografía de perfil, muestra las mismas características de la imagen, su situación inmediatamente detrás de la pared anterior del tórax pero sin que se observe una gran reacción entre la masa tumoral y la pared, parecía ocupar el lóbulo superior derecho y se extendía hacia atrás hasta aproximadamente 6 centímetros de la tráquea.

Con estos datos y los de laboratorio que no ofrecen interés, se pensó en diferentes procesos aun sin descartar, una posible malignidad, nosotros pensamos que se trataba de un tumor benigno y por sus características de un HAMARTOMA.

Con el fin de eliminar la participación del parénquima en la masa tumoral y las relaciones de ésta con el árbol bronquial, así como localizar exactamente su emplazamiento, procedimos a tomar unas broncografías.—De frente—, se hicieron con bario y se introdujo una sonda de METRAS curva en el bronquio lobar superior introduciendo entonces el contraste en decúbito. Se puede observar una ligera dilatación del bronquio apical —en el 2 unas irregularidades que después comentaremos y que naturalmente nada tenían que ver con la masa tumoral situada muy anteriormente— el 3 es normal no apreciándose ni estrecheces ni stop alguno. La broncografía de perfil demuestra que el bronquio del 3 está muy alejado de la masa tumoral, lo cual hacia suponer que la masa era extraparenquimatosa, lo que ya se sospechaba.

El enfermo ingresó en H. Municipal de La Coruña, en el Servicio del doctor Tovar donde fue intervenido: la tumoración macroscópicamente, era una masa lobulada, redonda de paredes lisas, de unos 10 por 6 centímetros muy dura y localizada en el mediastino anterior. Aunque se encontraba ligada al pulmón por un meso, la liberación no resultó difícil, aunque en el lugar de anclaje y después de la disección hubo necesidad de suturar los puntos sangrantes.

Su implantación costo-esternal, no era lo íntima que cabía esperar y su liberación tampoco ofreció dificultades.

La pieza fue enviada al anatomopatólogo —Dr. Goyanes— su informe fue: «CONDROMOMA HISTOLOGICAMENTE BENIGNO», no observándose inclusiones óseas o sales cálcicas.

Ya con el diagnóstico definitivo, vemos que se trataba de un tumor cuyo hallazgo sin ser excepcional, es muy poco frecuente: el nombre de CONDROMA se debe quizá a ALBRECHT en 1904, aunque ya en 1845 LEBERT había hecho su descripción. ALBRECHT, decía que se trataba de una proliferación anormal de tejidos normales.

HICKEY y SIMPSON encuentran 38 casos publicados hasta 1926.

JAEGER —tesis doctoral 1934— dice deben ser incluidos entre los HAMARTOMAS, siendo de esta opinión entre otros, NEGRE-MARTIN-LOUBATIERES, también lo confirma PETER KERLEY en su reciente libro de radiología del tórax, JAEGER cita las 5.000 necropsias realizadas por CID, encontrando sólo dos casos. CLAGETT entre 7.972 necropsias, encuentra 20 casos.

SANTY 1950, 100 casos, la mayoría de ellos subpleurales y unidos al pulmón por un meso, como en el que presentamos aquí. Los autores citados incluyen las investigaciones de tumores intratorácicos y no sólo mediastínicos.

BLADES 1946, publica los resultados en la intervención de 109 portadores de tumores de mediastino, encontrando solamente un osteocondroma.

BARIETY-COURY, se refieren a un caso publicado por su discípulo FOURNERIE. En total, encuentran 10 casos entre 3.000 tumores de mediastino. DARACKI 1956, citado por BARIETY, encuentra solamente 2 condromas puros en la literatura, referidos a tumores de mediastino.

Otro problema que presenta este caso, son las imágenes a que nos hemos referido en la radiografías y broncografías y que no hemos podido comprobar, pero hemos supuesto que podía tratarse de una hamartomatosis difusa y que sólo llegara a formar masa tumoral en la localización expuesta, lo cual, aún sería mayor rareza, como en el caso publicado por CRUICKSHANK y HARRISON en 1953 en el cual al reseca la masa tumoral, se hizo una lobectomía y la anatomía patológica mostró la naturaleza de hamartoma de la masa tumoral y la hamartomatosis difundida al resto del parénquima.

El estudio broncológico de este enfermo, además del interés puramente académico, ha dado como resultado, la exacta localización del tumor y la seguridad de que el árbol bronquial no estaba afectado, ya que por su volumen en la radiografía Standard podía tomarse por un tumor intrapulmonar. Además, hay que tener en cuenta la opinión de HARPER, RUSILLELO, VERGI, SIMON, BALLON, etc., quienes afirman que los condromas pueden degenerar a condrosarcomas, aunque esta opinión no sea unánime. Por otra parte, la cualidad de benigno, no puede supeditarse solamente a su aspecto radiológico, ya que las calcificaciones intratumorales no dan en modo alguna seguridad, O'KEEFE, GOOD, Mc DONALD. Aún más, en el caso que presentamos aunque la radiografía parecía evidenciar calcificaciones, la anatomía patológica demostró tratarse de cartílago, por lo tanto en cualquier otra tumoración, las diferentes densidades que sugieren la existencia de calcio, pueden no serlo y dejar de toratomizar un enfermo que se suponga portados de un tumor benigno guiándose por los signos citados. Por todo ello concluimos que en toda masa tumoral intratorácica descubierta por la radiología, el enfermo debe ser explorado con técnicas especiales y eventualmente hacer una toracotomía.

En este caso creemos de interés los datos aportados por la broncografía y la extrema rareza del tumor.