

**Comunicaciones
a la
Segunda Ponencia**

**TUMORES
DE MEDIASTINO
(conclusión)**

Comentarios sobre dos casos de tumores mediastínicos de nuestra casuística

Doctores M. Benzo G.-Novelles y E. Folqué Gómez *

De la estadística de tumores y quistes de mediastino de nuestro Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Provincial (actualmente Ciudad Sanitaria Provincial "Francisco Franco") de Madrid, que abarca más de un centenar de casos, recogemos aquí los operados en los últimos veinte años, por haber sido dichos casos mejor controlados, disponer todos ellos de un estudio anatomopatológico completo y haber sido intervenidos quirúrgicamente de acuerdo con normas que pueden considerarse vigentes en la cirugía torácica actual.

El número de tumores y quistes mediastínicos intervenidos por nosotros de 1948 a 1968 ascienden a 57 casos, cuyo desglose, desde el punto de vista de su incidencia, mostramos a continuación:

| | | |
|--|----|--------|
| Teratomas | 19 | 33,3% |
| Bocios intratorácicos | 16 | 28,07% |
| Quistes hidatídicos mediastínicos | 7 | 12,2% |
| tumores neurogénicos | 4 | 7,1% |
| Timomas | 3 | 5,2% |
| Sarcomas | 3 | 5,2% |
| Quistes celómicos de pericardio | 2 | 3,5% |
| Lipomas | 1 | 1,7% |
| Hemangiomas | 1 | 1,7% |
| Tumoración maligna de origen epitelial | 1 | 1,7% |

* Jefe y médico adjunto, respectivamente, del Servicio de Cirugía Torácica de la Ciudad Sanitaria Provincial "Francisco Franco" de Madrid.

Destacan en esta estadística, con respecto a otras consultadas, el número de los teratomas, aunque su frecuencia es alta en casi todas ellas, y sobre todo la elevada proporción de bocios intratorácicos y de quistes hidatídicos de localización mediastínica (7). Este hecho se explica teniendo en cuenta el elevado número de enfermos que ingresan en nuestro Servicio para ser tratados de afecciones quirúrgicas del tiroides y de hidatidosis torácica.

Como contrapunto señalamos la escasez de tumores de origen nervioso (7,1 por 100) en relación con las cifras de otras estadísticas, que alcanzan en ocasiones hasta el 30 por 100.

Es imposible ahora comentar la totalidad de nuestra estadística. De ella entresacamos dos casos que, a nuestro juicio, ofrecen interés para lo que constituye el objeto de nuestra comunicación, *que no es otro que resaltar la necesidad de adoptar una conducta agresiva frente a los problemas que este tipo de enfermos plantea frecuentemente al cirujano.*

El caso número 1 es una enferma de sesenta y dos años, que ingresa en nuestro Servicio del Hospital Provincial de Madrid con una historia de intenso dolor en hemitórax derecho, que se irradia en cinturón. Tiene además una tos persistente en quintas y en alguna ocasión expectoración hemoptoica. Había perdido cinco kilos de peso en los dos meses anteriores a su ingreso. La exploración de la enferma no

arroja ningún detalle de especial interés. Desde el punto de vista analítico, existe una velocidad de sedimentación moderadamente elevada y discreta anemia. El estudio radiológico efectuado permite apreciar la existencia de una imagen densa, redondeada, en hemitórax derecho, con clara vinculación mediastínica y de localización posterior. Operada por toracotomía derecha en junio de 1959, se extirpó una voluminosa tumoración del tamaño y aspecto de una pera, que se introducía profundamente en mediastino posterior desplazando el esófago. Permaneció bien hasta el año 1963, en que su cuadro de dolor torácico, expectoración hemoptoica, tos irritativa, a la que se añade disfagia, la hizo volver a ingresar en nuestro Servicio. La radiología practicada en esta fecha muestra una imagen similar a la anteriormente descrita y una atelectasia del lóbulo inferior derecho. La intervención realizada mostró la existencia de una tumoración de tamaño y consistencia similares a la anterior, que comprimía desde atrás el bronquio del lóbulo inferior derecho, originando la atelectasia de éste, con marcados caracteres de irreversibilidad. Se extirparon en esta ocasión el tumor y el lóbulo atelectásico en bloque. En ambos casos la anatomía patológica fue idéntica: sarcoma fusocelular.

Tras un curso posoperatorio normal, fue dada de alta y permaneció bien, realizando vida normal, hasta enero de 1969, en que bruscamente su estado general se derrumbaba, falleciendo la enferma. La radiografía practicada escaso tiempo antes de su muerte mostraba una imagen típica en "suelta de globos". Tras ambas intervenciones se le practicó telecobaltoterapia complementaria.

Queremos destacar aquí que la *supervivencia obtenida de diez años* no se hubiera alcanzado de haber seguido la enferma su evolución natural.

El caso número 2 es un varón de treinta y seis años que ingresa en nuestro Servicio en septiembre de 1966, con un cuadro de *miastenia gravis típica*, de sintomatología a veces aparatosa y que requiere constantemente terapéutica específica. Presenta también un síndrome de cava superior muy acusado con considerable circulación colateral y sensación de asfixia. El estudio radiológico realizado muestra una imagen de un mediastino superior muy ensanchado. La radiografía lateral localiza el tumor en el espacio anterior y superior y las tomografías permiten seguirle hasta los planos posteriores. Operado en octubre de 1966 por esternotomía media, se comprueba la existencia de una tumoración que envuelve como una coraza los elementos del mediastino superior, pedículo cardíaco, de tal manera que hace completamente ilusoria toda posibilidad de extirpación radical.

Ante la situación realmente dramática del enfermo decidimos, sin embargo, practicar una ablación parcial de la masa tumoral que, reduciendo su volumen, permitiese, al menos, una mejoría temporal. Con gran satisfacción muestra el resultado posoperatorio precoz fue excelente, desapareciendo el síndrome de cava superior y no necesitando el enfermo medicación para su miastenia. El diagnóstico histopatológico reveló que se trataba de un timosarcoma. Someterlo a telecobaltoterapia complementaria fue dado de alta en excelentes condiciones físicas.