

MASAS LIQUIDAS DEL MEDIASTINO INFERIOR: VALOR DE LA ECOGRAFIA EN SU DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

M. NIETO MAESTRE, J.A. LARDIES NAVARRO, M.L. MIERA GANDARIAS, L. TOMAS FANJUL y J.M. SOTO PARDO

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital General Yagüe. Burgos.

Se presentan dos casos poco frecuentes de masas líquidas en el mediastino inferior: un quiste entérico y un quiste hidatídico, diagnosticados mediante ultrasonido, destacando la importancia de este método en los centros médicos no equipados con TAC. Se analiza el diagnóstico diferencial de las masas líquidas del mediastino.

Liquid mass in the lower mediastinum: usefulness of echography for the diagnosis and the differential diagnosis

Two cases of infrequently seen liquid masses in the lower mediastinum are described: one an enteric cyst and the other a hydatid cysts. Diagnosis was established with ultrasound, a useful diagnostic tool in centres lacking CAT equipment. The differential diagnosis for liquid mediastinal masses is discussed.

Arch Bronconeumol 1986; 22:133-135

Introducción

No hace muchos años, el diagnóstico por imagen de las masas líquidas del mediastino se basaba en métodos indirectos, principalmente valorando variaciones de la morfología con los cambios de posición y en los movimientos respiratorios, también por la tendencia a moldear su forma a la de las estructuras vecinas.

Desde 1974, con la instalación de la primera tomografía axial computarizada (TAC) de cuerpo entero¹, se modifican las bases en que se movía el radiodiagnóstico. Poco después este método se hizo imprescindible en el estudio de la patología mediastínica^{2,3}.

El ultrasonido, otro procedimiento diagnóstico no invasivo, adquirió rápidamente gran auge en el despistaje de patología abdominal^{4,5}, no así en el tórax donde algunos autores lo consideraban inútil⁶. Posteriormente numerosas publicaciones demuestran el valor diagnóstico de la ecografía en la patología mediastínica⁷⁻¹⁰.

El propósito de este trabajo es resaltar la utilidad de la ecografía en el diagnóstico de las masas del me-

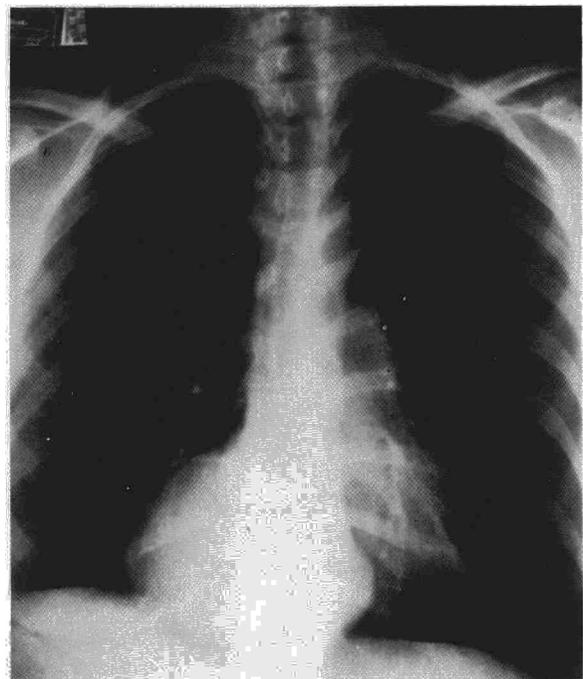


Fig. 1A. Radiografía PA de tórax: masa mediastínica ovalada.

Recibido el 1-7-1985 y aceptado el 5-2-1986.

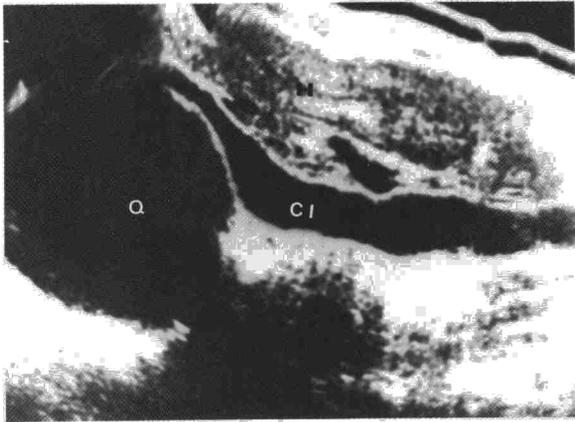
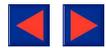


Fig. 1B. Corte longitudinal: compresión y desplazamiento de la cava inferior (CI) por el quiste entérico (Q); hígado (H).

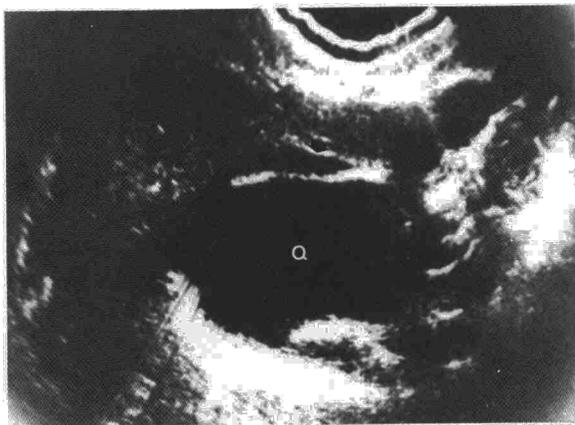


Fig. 1C. Corte transversal. Quiste entérico (Q) desplazando suprahepática (flecha).



Fig. 2A. Radiografía PA de tórax: masa mediastínica que desplaza el corazón hacia la izquierda.

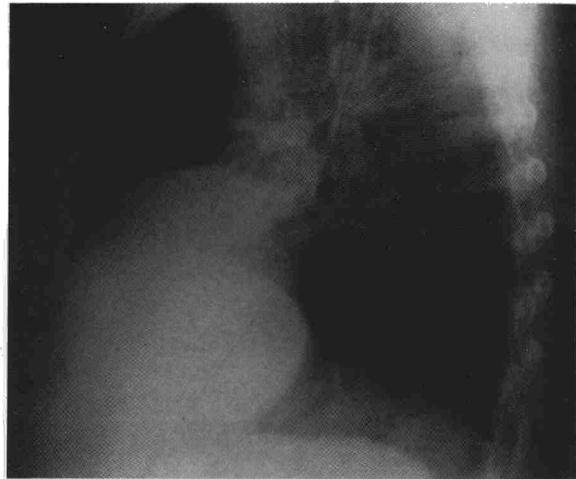


Fig. 2B. Tórax lateral derecho.

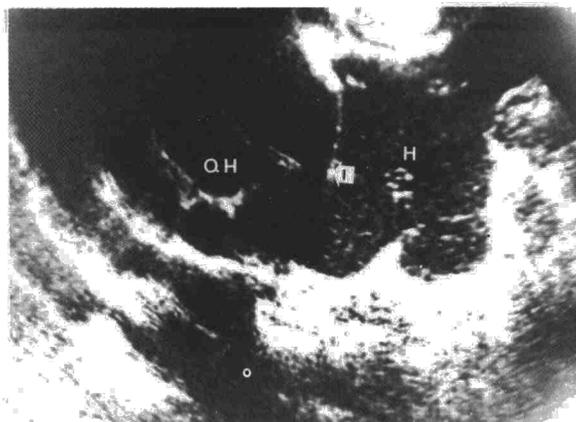


Fig. 2C. Corte longitudinal en línea media. Quiste hidatídico (QH); diafragma (flecha); hígado izquierdo (H).

Caso 1. Mujer de 30 años sin antecedentes, que es enviada a nuestra consulta para estudio radiológico de tórax, previo a intervención ginecológica. Se aprecia una masa situada en el mediastino inferior (fig. 1A).

Ecografía: masa redondeada, bien delimitada, de contenido líquido, situada en el mediastino comprimiendo y desplazando la cava anteriormente (figs. 1B y 1C). Después se realizaron estudios radiológicos de columna vertebral, que no presentó alteraciones, y de esófago que sólo se encontraba desplazado hacia la izquierda.

En la intervención quirúrgica se halló un quiste detrás de cavidades cardíacas derechas que desplazaba la cava anteriormente, estaba pegado al esófago aunque sin comunicación. El diagnóstico histológico fue de quiste entérico.

Caso 2. Varón de 50 años que llega al servicio de urgencias por dolor precordial. Se realiza un estudio radiológico de tórax donde se aprecia una masa mediastínica que desplaza el corazón hacia la izquierda (figs. 2A y 2B).

Ecografía: Se observa una masa bien delimitada, de contenido líquido aunque con tabiques o septos en el interior formando cavidades quísticas de menor tamaño. La situación es supradiafragmática, en el mediastino (figs. 2C y 2D). Existía otra tumoración de idénticas características en el hígado.

En la intervención se extrajeron dos «quistes hidatídicos multivesiculares, mediastínico y hepático, comunicados por un pequeño orificio en el diafragma».

diastino inferior, sobre todo en los hospitales que carecen de TAC. Con este motivo presentamos dos quistes de esta localización diagnosticados en nuestro servicio en el último año.

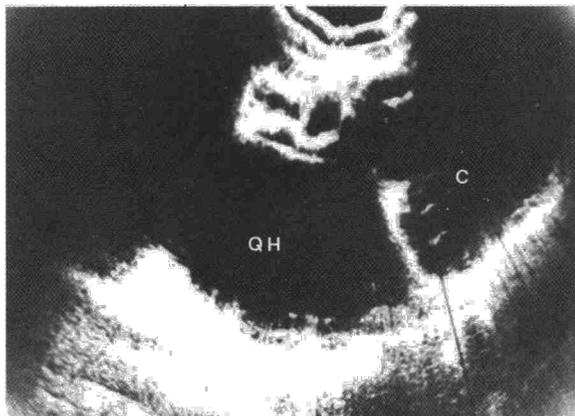


Fig. 2D. Corte transversal; quiste (Q); cavidades cardíacas (C).

Comentarios

Hay una tendencia generalizada a no utilizar ultrasonidos en los procesos mediastínicos, en los hospitales bien dotados de medios, porque usan TAC, y en los menos dotados, por rechazo a las dificultades que presentan la caja torácica y el aire pulmonar para la exploración¹¹. Sin embargo, la ecografía es superior al TAC en la diferenciación de la naturaleza sólida o líquida según algunos autores¹²; también se la considera más fiable en la valoración de las relaciones diafragmáticas⁹. Además, las ventajas bien conocidas: ausencia de radiación ionizante, fácil manejo y bajo coste. Por todas estas características el ultrasonido ha de tenerse muy en cuenta en el diagnóstico de la patología del mediastino inferior, por su fácil acceso vía subxifoidea y subcostal, incluso con equipos estáticos como en nuestros casos.

Las lesiones quísticas mediastínicas tienen varios rasgos comunes: casi todas son congénitas, no suelen presentar sintomatología, descubriéndose accidentalmente en radiografías de tórax, donde se presentan como masas redondeadas u ovals de densidad homogénea. La infección y los signos compresivos son los raros síntomas con que pueden debutar estos procesos.

El diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas del mediastino incluye el «quiste entérico o neuroentérico»; es una anomalía congénita de observación excepcional¹³. Histológicamente la pared del quiste tiene elementos gastrointestinales y nerviosos¹⁴. En el mediastino suelen estar unidos al esófago, aunque no comunicados, circunstancia que ocurría en el caso que presentamos. La enferma no tenía anomalías de columna vertebral, lo que es de frecuente asociación^{13,15}.

El «quiste gastroentérico», indiferenciable del anterior salvo por la histología que demuestra que la pared del quiste está revestida de mucosa esofágica, gástrica o intestinal¹³.

El «quiste broncogénico» en la mayoría de las ocasiones se sitúa en el parénquima pulmonar; en el

mediastino suele aparecer entre tráquea y esófago; el contenido es mucoso¹⁶.

El «quiste mesotelial o pleuropericárdico» preferentemente se localiza en senos cardiofrénicos, sobre todo en el derecho; el contenido es seroso¹⁷.

El «pseudociste de páncreas» en el mediastino es raro y siempre existe el antecedente de pancreatitis¹⁸.

El «quiste hidatídico» raramente tiene localización mediastínica¹⁹. En la bibliografía revisada no hallamos ninguno primario, siempre se deben a la complicación de otros pulmonares¹⁹ o por emigraciones transfrénicas del hígado²⁰, como el que presentamos, que además tiene un patrón multivesicular, que se puede considerar como típico de hidatidosis. Ambos hechos son esenciales para el diagnóstico de esta entidad, ya que un quiste hidatídico univesicular primario sería difícil diferenciarlo del resto de las masas quísticas del mediastino.

BIBLIOGRAFIA

1. Dichiro L et al. Computerized transaxial X-Ray tomography of the human body. *Science* 1974; 186:207-217.
2. Heitzman ER, Goldwing RL, Proto AV. Radiologic analysis of the mediastinum utilizing computed tomography. *Radiol North Am* 1977; 15:309-330.
3. Crowe J, Brown LR, Muhm JR. Computed tomography of the mediastinum. *Radiology* 1978; 128:75-87.
4. Leopold GR, Ashrer WM. Fundamentals of abdominal and pelvic ultrasonography. Philadelphia. WB Saunders 1975.
5. Hassani N. Ultrasonography of the abdomen. Heidelberg, Springer-Verlag 1976.
6. Goldberg BB. Mediastinal ultrasonography. *J Clin Ultrasound* 1973; 1:114.
7. Hirsch JH, Carter SJ, Chikes PM et al. Ultrasonic evaluation of radiographic opacities of the chest. *AJR* 1978; 130:1153-1156.
8. Edell SL, Good LI. Mediastinal pancreatic pseudocyst: an ultrasonic diagnosis. *Am J Gastroenterol* 1979; 71:78.
9. Hudson TD, Lejar M, Lyne B. Ultrasound diagnosis in middle mediastinal mass. *J Clin Ultrasound* 1982; 10:183.
10. Picchio E, Giovannini E, Siclari F, Lotti A. Echinococcosi cardiaca. Diagnosi ecocardiografica bidimensionale. *G Ital Cardiol* 1981; 11:1327-1331.
11. Molino Trinidad C, Canellas J, Fernández MC, Fuentes JA. Masas mediastínicas: importancia de la ecografía en la definición de su naturaleza y extensión. *Radiología* 1984; 26:261-265.
12. Jost R, Sagel SS, Stanley RJ. Computed tomography of the thorax. *Radiology* 1978; 126:125.
13. Fraser RG, Pare PJA. Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Barcelona, Salvat Ed 1974.
14. Wilson ES Jr. Neuroenteric cyst of the mediastinum. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1969; 107:641-646.
15. Madewell JE, Sobonya RE, Reed JC. RPC from the AFIP neuroenteric cyst. *Radiology* 1973; 109:707-712.
16. Ries T, Currarino G, Nikaiboh H, Kenedy LA. Ultrasonography of subcarinal bronchogenic cysts in two children. *Radiology* 1982; 145:121.
17. Paded Em Kischner PA. Pericardial diverticulum. *Dis Chest* 1969; 35:344-346.
18. Gooding G. Pseudocyst of the pancreas within mediastinal extensions an ultrasound demonstration. *J Clin Ultrasound* 1977; 5:121.
19. Pierna Saura A, Fernández Velilla J, Esteve Mir A. Dos casos de quistes hidatídicos secundarios de mediastino. Comunicación a la II Reunión científica de la Asociación Española de Hidatidología. Pamplona 1979.
20. Manjón Luengo P, Manrique Chico J, Sánchez Nistal MA. Emigración transfrénica de un quiste hidatídico. *Radiología* 1980; 22:353-356.