

Departamento de Radioelectrología
(Prof. F. Solsona). Servicio de
Radiodiagnóstico. Ciudad Sanitaria
José Antonio. Zaragoza.

TUMOR DE CELULAS EN AVENA DE PRESENTACION MEDIASTINICA

A. García Lorente, M. Guillén, R. Galbe, R. Maynar, R. Gómez Pereda
y C. Lerín

Introducción

El carcinoma anaplásico incluye un grupo de lesiones mediastínicas de características histológicas parecidas a las de los carcinomas primarios broncogénicos de células anaplásicas, pero en los que no es posible demostrar su origen pulmonar, existiendo la incertidumbre de si estas lesiones representan un carcinoma broncogé-

nico o un carcinoma mediastínico primario. Ha recibido escasa atención en la literatura médica y no es frecuente considerado en el diagnóstico de los tumores mediastínicos.

Casos clínicos

A.B.R., varón de 55 años, que presenta como única sintomatología tos y expectoración desde hace mes y medio. En el estudio radioló-

gico practicado se aprecia un ensanchamiento de mediastino con prominencia más acusada en el lado izquierdo. Desaparición de aorta ascendente, cayado y descendente con desplazamiento derecho de la luz traqueal, lo cual nos localiza la masa en mediastino superior a nivel de sus tres compartimentos (figs. 1 y 2). Los contornos de la masa son nítidos y lobulados, pudiendo observarse en las placas penetradas y tomografía (figs. 3 y 4) como el bronquio principal izquierdo y los segmentarios están totalmente desplazados por compresión extrínseca, con la subsiguiente pérdida de volumen pulmonar. Elevación de hemidiafragma izquierdo. En

Fig. 1. Radiografía PA. Masa mediastínica, con signos evidentes de extrapleurales. Silueta positiva.

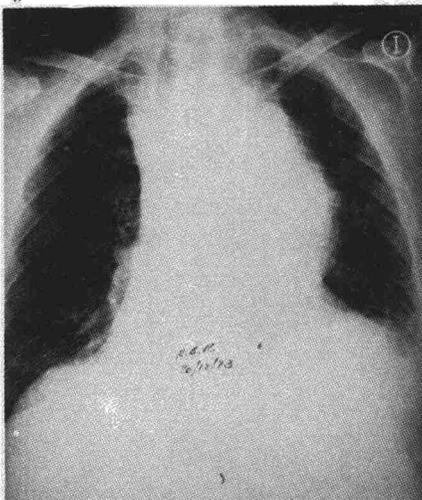


Fig. 2. Radiografía lateral. Ocupación del mediastino superior. No visualización del diafragma izquierdo.

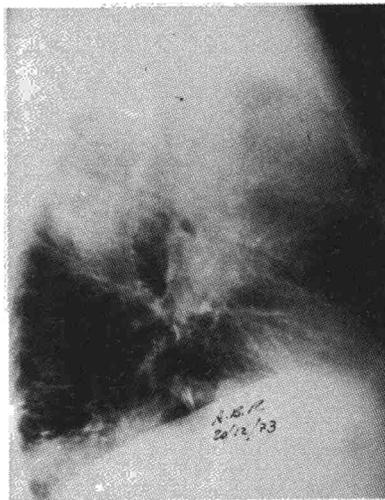
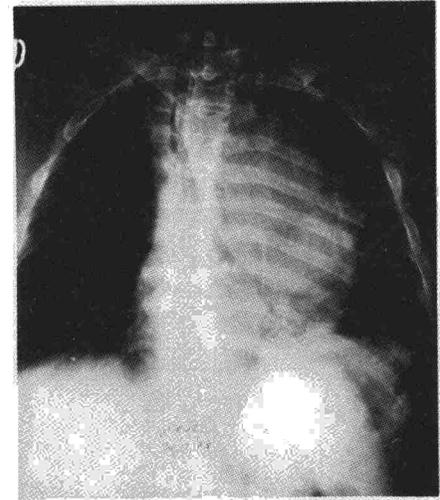


Fig. 3. Radiografía AP penetrada. Doble compresión y desplazamiento de tráquea y árbol bronquial izquierdo. Elevación de diafragma. Calcificación paratraqueal izquierda correspondiente a ateroma de corta descendente.



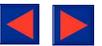


Fig. 4. Corte tomográfico. No se identifica amputación ni estenosis intrínseca bronquial.

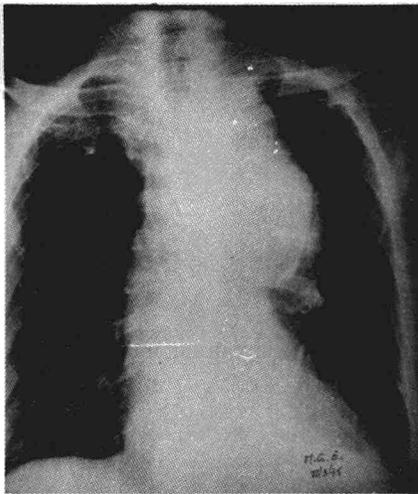


Fig. 5. Radiografía PA. Masa mediastínica izquierda. Doble contorno externo. Tráquea desplazada hacia el lado derecho. Falta de visualización de diafragma izquierdo.

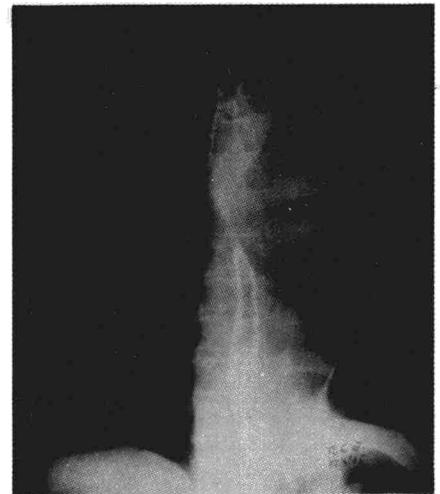


Fig. 6. Radiografía AP penetrada. Desplazamiento sin infiltración de tráquea y bronquio principal izquierdo. Masa de densidad homogénea. Elevación de hemidiafragma.

la región supraclavicular aparece una impronta sobre luz traqueal posiblemente por masa secundaria.

M.G.E., varón de 52 años, con tos y expectoración hemoptoica. Las características radiológicas corresponden a una masa mediastínica, superpuesta a cayado aórtico, de contornos regulares y densidad homogénea, con desplazamiento de tráquea y árbol bronquial izquierdo, existiendo una elevación del diafragma de ese lado y placas de atelectasia basales, muy posiblemente compensativas. El parémquima pulmonar es normal (figs. 5 y 6).

En ambos casos se realizó broncoscopia, sin identificar lesión intraluminal, llamando únicamente la atención la existencia de estrechamiento a nivel de bronquios segmentarios por causa extrínseca.

La biopsia de ganglio cervical demuestra la invasión por carcinoma de células anaplásicas (según la clasificación de la OMS¹).

Comentario

Llama la atención la similitud de imágenes radiológicas en los casos presentados, con las características principales de masas mediastínicas superiores², borramiento del cayado aórtico, desplazamiento de la luz bronquial sin estenosis intrínseca ni afectación broncopulmonar evidente.

En el diagnóstico diferencial habría que incluir³ el tiroides intratorácico sobre todo en su forma retrotraqueal,

el linfoma infiltrante, el timoma maligno, el teratoma y el aneurisma aórtico como causas más frecuentes.

Entre las probables etiologías, es posible que el carcinoma anaplásico de mediastino refleje metástasis de un carcinoma primario broncogénico suficientemente pequeño como para escapar a su identificación por las técnicas clínicas, e incluso al estudio necrópsico⁴, de tal forma que algunos autores clasifican a estos tumores como carcinomas broncogénicos.

Sabiston y Scott⁵ están de acuerdo con las teorías de Herner, de clasificar a estos tumores como mediastínicos primarios originarios de timo, quiste o teratoma principalmente, ante la ausencia de hemoptisis.

Finalmente el origen indeterminado de estos tumores ha llevado en alguna ocasión a clasificarlos como carcinomas inespecíficos o lesiones «misceláneas» del mediastino.

Resumen

Se presentan dos casos de tumores de células en avena, radiológicamente presentados como masa mediastínica superior, sin afectación bronquial.

Se enfatiza su inclusión en el diagnóstico diferencial de las masas de mediastino superior.

Summary

MEDIASTINAL OAT-CELL TUMOR

Two cases of oat-cell tumors are presented. They were seen radiologically as a superior mediastinal masses without bronchial alterations. The authors propose its inclusion in the differential diagnosis of tumors of the superior mediastinum.

BIBLIOGRAFIA

1. KREYBERG, L., LIEBOW, A. y UEHLINGER, E.: Histologic Typing of Lung Tumors. International Histological Classification of Tumors. Geneva, World Health Organization, 1: 19, 1967.
2. FELSON, B.: The mediastinum. *Seminars Roentgen*. 4: 41, 1969.
3. LEIGH, T.: Mass lesions of the mediastinum. *Radiol. Clin. N. Amer.*, 1: 377, 1963.
4. SCHAPIRO, R. y EVANS, E.: Anaplastic carcinoma involvign the mediastinum. *Radiology*, 103: 543, 1972.
5. SABISTON, D. y SCOTT, H.: Primary neoplasms and cysts of the mediastinum. *Ann. Surg.*, 139: 777, 1952.