

TUMORES Y FALSOS TUMORES DE MEDIASTINO CON IMAGEN RADIOLOGICA CLINICA POCO FRECUENTE O RARA

Por los Dres. J. JUNCOSA ORGA y G. MANRESA FORMOSA

Del Sanatorio-Clinica de Nuestra Señora de la Merced

(Barcelona)

Se presentan siete casos, que consideramos de interés por la circunstancia de su descubrimiento, por la clínica, por la imagen radiológica o por su tamaño.

Tres son de filiación fibromatosa con predominio de fibroblastos, probablemente de procedencia pleural. De ellos, uno es el mayor tumor endotorácico que hemos tenido ocasión de ver y operar, y fue intervenido con carácter imperativo por los trastornos funcionales que originaba.

El cuarto es un fibrolipoma múltiple constituido por ocho tumoraciones mediastínicas y otras cervicales, con una evolución conocida de más de dieciocho años, y que, como el anterior, fue operado casi con carácter de urgencia, por los trastornos funcionales a que daba lugar, incompatibles con la vida.

El quinto, una forma de linfogranuloma maligno, cuya radiología corresponde a un tumor del mediastino antero-superior, y sin clínica que orientara hacia el verdadero diagnóstico.

El sexto, un quiste pleuropericárdico de volumen extraordinario, descubierto incidentalmente y no diagnosticado con certeza antes de la intervención, debido a su gran tamaño.

Finalmente, el séptimo, es un timoma del mediastino antero-inferior descubierto en la mesa de operaciones buscando un tumor maligno bronquial, por haberse interpretado el cuadro del paciente como un síndrome de LAMBERT-EATON.

CASUISTICA

CASO 1.º—A. C. T.; niño de doce años de edad. Sin antecedentes patológicos, salvo sarampión y tos ferina a los cuatro años, que no dejaron secuelas.

En revisión escolar descubren una imagen patológica en vértice izquierdo, imagen que corresponde a la de «neurinoma» de vértice y región paramediastínica izquierda, densa, uniforme y bien limitada en su parte externa, y prolongándose su sombra con la del mediastino (fig. 1). Por auscultación se percibe «wheezing» en la región infraclavicular del mismo lado.

La broncoscopia muestra un árbol bronquial sin alteraciones de la mucosa, con todos los orificios permeables, pero con el lobar superior izquierdo acodado por compresión externa y rechazado hacia fuera y adelante.

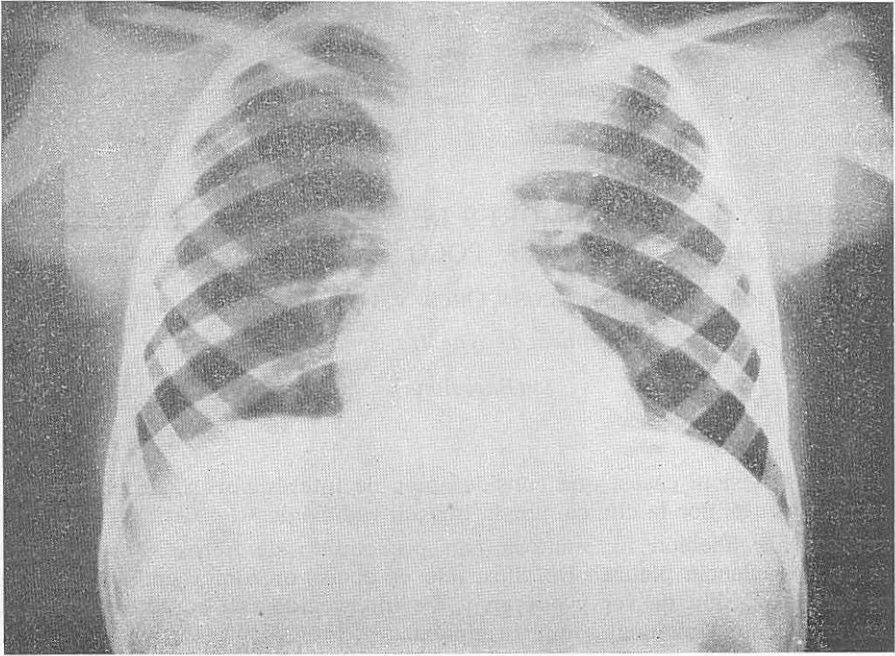


FIG. NÚM. 1. CASO NÚM. 1.—A. C. T.

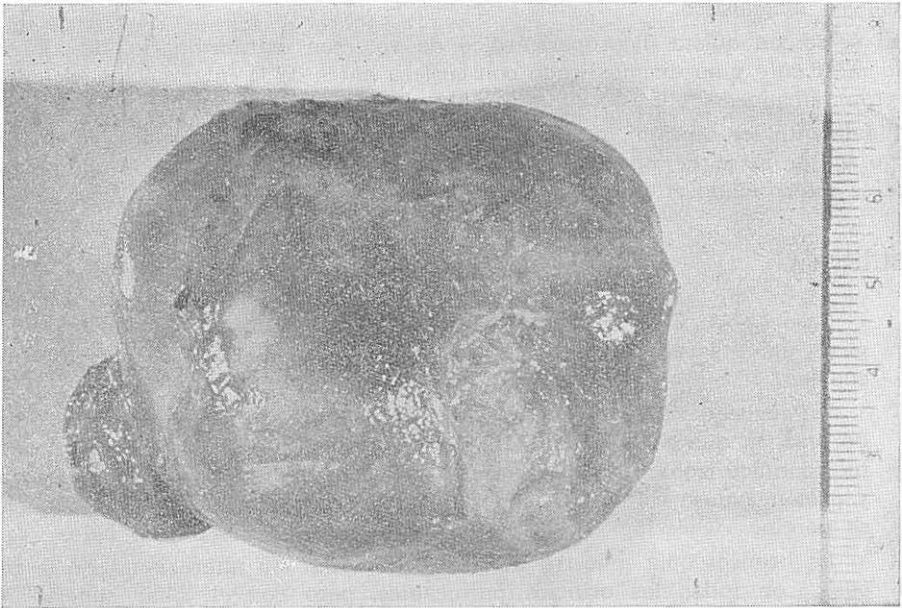


FIG. NÚM. 2. CASO NÚM. 1.—A. C. T.

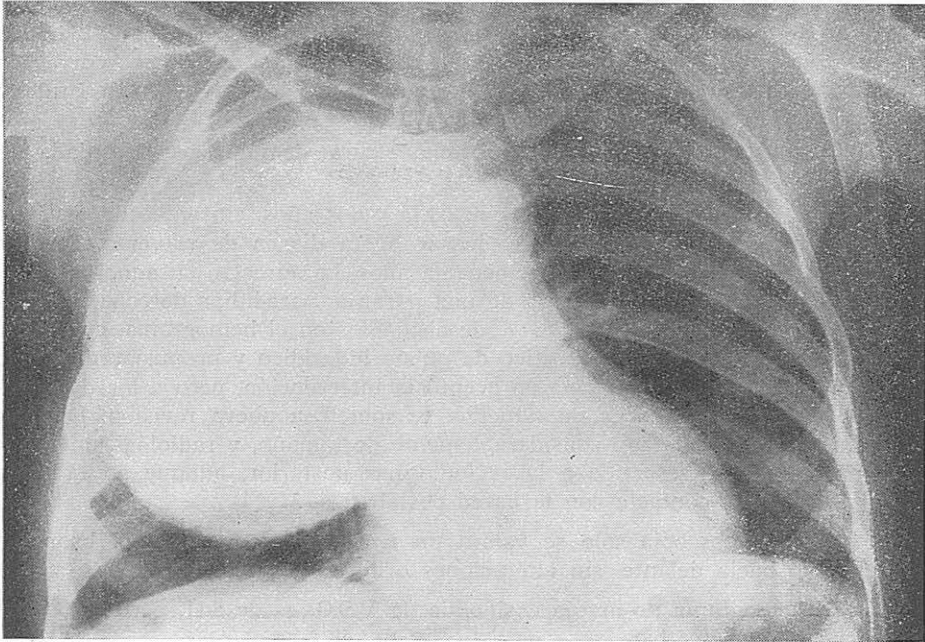


FIG. NÚM. 3. CASO NÚM. 2.—D. C. R.

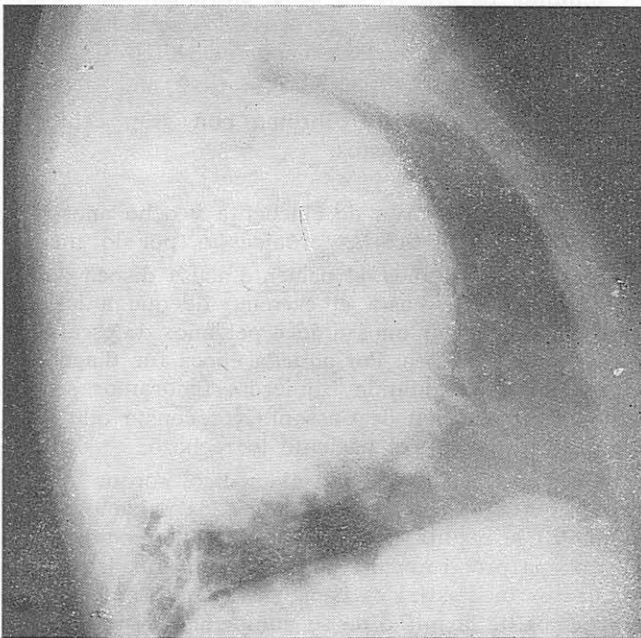


FIG. NÚM. 4. CASO NÚM. 2.—D. C. R.

Hematimetría normal, así como las pruebas funcionales preoperatorias.

Intervención: Ablación de un tumor macizo de 7 por 5 cm. de diámetro máximo y mínimo, y 180 gr. de peso, extrapulmonar, subpleural, correspondiente al mediastino posterior, «recostado» sobre los cuerpos vertebrales y los canales costo-vertebrales de las II, III, IV y V vértebras (fig. 2).

Diagnóstico histopatológico: Fibroma pleural de intensa celularidad.

CASO 2.º—D. C. R., mujer de cincuenta y dos años, sin antecedentes patológicos dignos de mención. Por acusar ligera disnea de esfuerzo, acude a revisión médica cuando tenía cincuenta años. Le aprecian en aquel entonces una masa esférica del tamaño de una naranja, para-hiliar derecha, acompañada de Cassoni positivo y 13 % de eisinófilos en el hemograma, con V.S.G. de 4.9, por lo que le diagnosticó de quiste hidatídico y propusieron la ablación del mismo. La enferma no aceptó la intervención, pero a los dos años, por aumentar la disnea de esfuerzo, se somete a nueva revisión. La masa tumoral ha aumentado considerablemente de tamaño, y radiológicamente se aprecia que corresponde a la región hiliar posterior, aunque en la radiografía frontal contacte con la pared costal (figs. 3 y 4).

Por broncoscopia sólo se valora un rechazamiento del árbol bronquial derecho hacia delante, sin alteraciones orificiales ni de la mucosa.

El hemograma no arroja eosinofilia, la V.S.G. es de 5-11, pero el Cassoni sigue siendo positivo.

Propuesta nuevamente la intervención, es aceptada por la paciente.

Cabe subrayar que nunca ha tenido expectoración hemóptica.

Intervención: Ablación de un tumor macizo de 15 y 12 cm. de diámetros máximo y mínimo, de 600 gr. de peso, extrapulmonar, subpleural, correspondiente al mediastino posterior, «recostado» sobre canales costo-vertebrales, vértebras y elementos mediastínicos retro-hiliares, sin invadir ninguno de ellos (fig. 5).

Diagnóstico histo-patológico: Fibroma con gran celularidad, exclusivamente constituido por fibroblastos.

CASO 3.º—S. S. de S., varón de cincuenta y ocho años, sin otros antecedentes patológicos que urticarias crónicas o, por lo menos, recidivantes.

Desde hacía unos diez años, el paciente acusa disnea de esfuerzo, que se instaura progresivamente hasta el extremo de que a los cincuenta y seis años, sólo le permitía subir unos quince peldaños de escalera, sin verse obligado a detener. No ortopnea. Por aquella época fue diagnosticado de quiste hidatídico gigante en el pulmón izquierdo. Ignoramos si en aquella fecha tenía eosinofilia, ni reacción de Cassoni. Nos consta que se le propuso tratamiento quirúrgico, y que el paciente lo rechazó.

Dos años después acude otra vez al médico, porque la disnea ha aumentado en tal forma, que ya no puede subir dos peldaños de una escalera, e incluso el hablar le resulta fatigoso. En este momento, la imagen tumoral (figs. 6 y 7) ocupa prácticamente todo el hemitórax izquierdo y rechaza todos los elementos mediastínicos hacia la derecha, reduciendo el pulmón de este lado a menos de la mitad de su volumen. Hay una gran hepatomegalia de estasis por dificultad de desagüe venoso, sin alteración miocárdica valorable.



FIG. NÚM. 5. CASO NÚM. 2.—D. C. R.

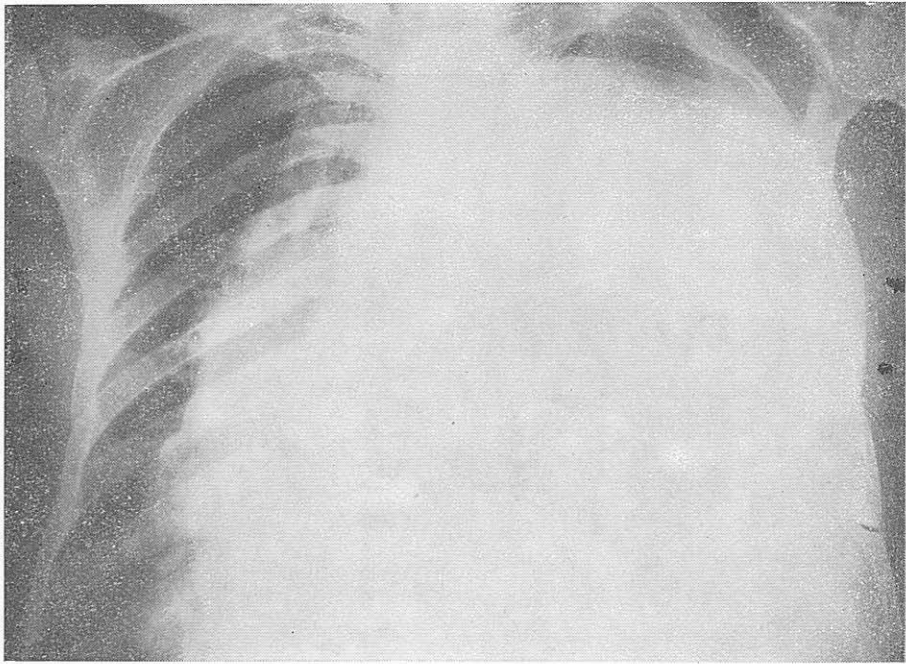


FIG. NÚM. 6. CASO NÚM. 3.—S. S. de S.



FIG. NÚM. 7. CASO NÚM. 3.—S. S. de S.

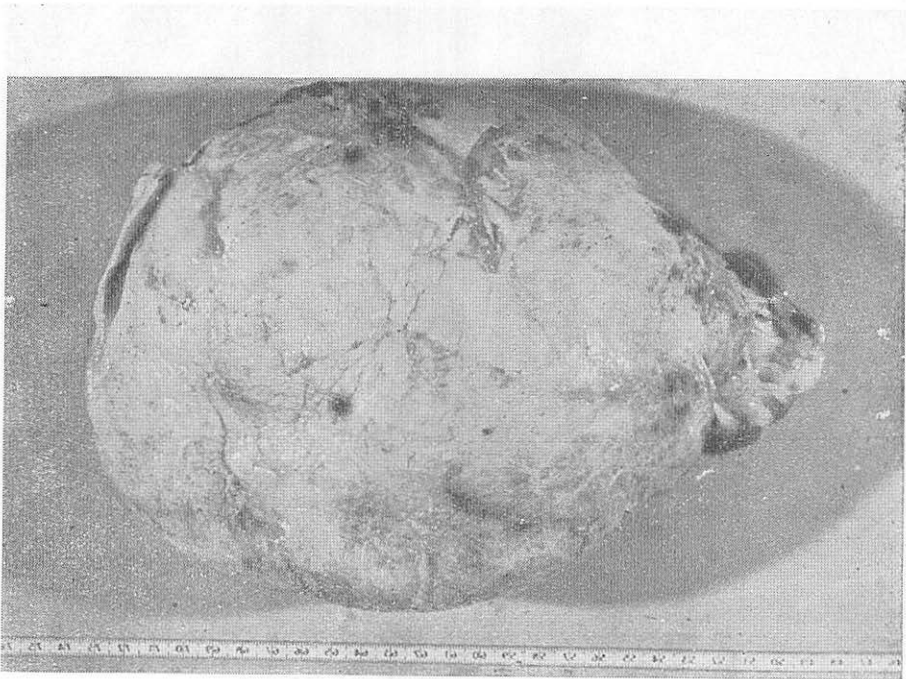


FIG. NÚM. 8. CASO NÚM. 3.—S. S. de S.

Por broncoscopia se observa rechazamiento de tráquea hacia la derecha, y del bronquiotronco izquierda delante y a la derecha, a la vez que se aprecia reducido de calibre por compresión extrínseca.

La espirometría arroja unos valores netamente deficitarios de tipo fundamentalmente restrictivos.

C.V. de 30 %, V.E.M.S. de 29 % y V. Mx., 29 %.

La hematimetría, normal; la V.S.G., 3-7, y el resto de pruebas preoperatorias sólo acusan el trastorno hepático de éstasis.

A pesar de las circunstancias desfavorables y de los parámetros funcionales, se decide la intervención, que el paciente acepta, dadas las nulas posibilidades de supervivencia a corto plazo.



FIG. NÚM. 9. CASO NÚM. 3.—S. S. de S.

Intervención: Ablación de un voluminoso tumor macizo, extrapulmonar, subpleural, de 25 y 20 cm. de diámetro máximo y mínimo, y de 3.200 gr. de peso, correspondiente, como los dos anteriores, al mediastino posterior, aunque en este caso, por su volumen, ocupaba prácticamente todo el hemitórax, colapsando el pulmón hacia abajo y adelante, y comprimiendo el mediastino, con acodamiento de los gruesos vasos (figs. 8 y 9).

Después de resecado el tumor, se obtiene por hiperpresión endobronquial, reexpansión del pulmón, que llega a rellenar prácticamente el hemitórax.

El paciente fallece por paro cardíaco, al parecer por aumento brusco del volumen sistólico, según criterio de nuestro cardiólogo.

Diagnóstico histo-patológico: Fibroma pleural de intensa celularidad, de estirpe fibroblástica.

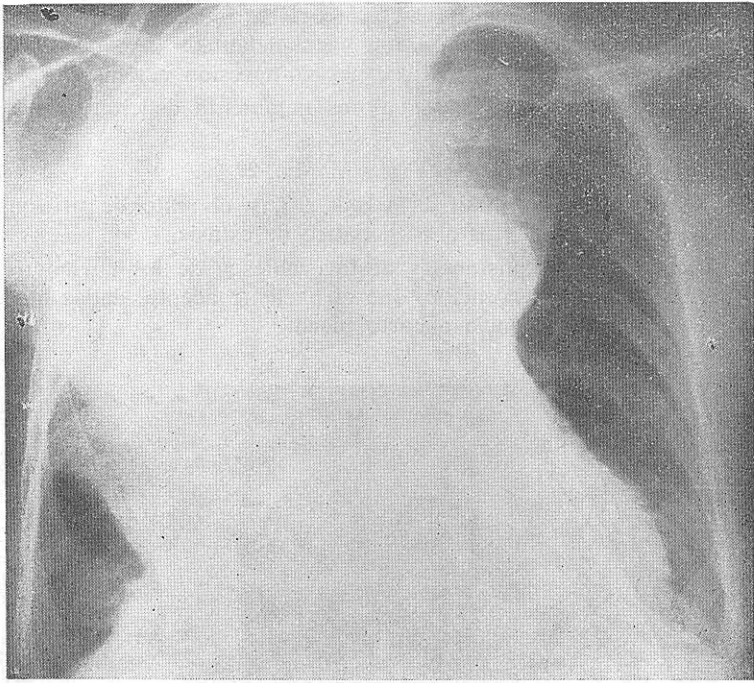


FIG. NÚM. 10. CASO NÚM. 4.—A. J. C.

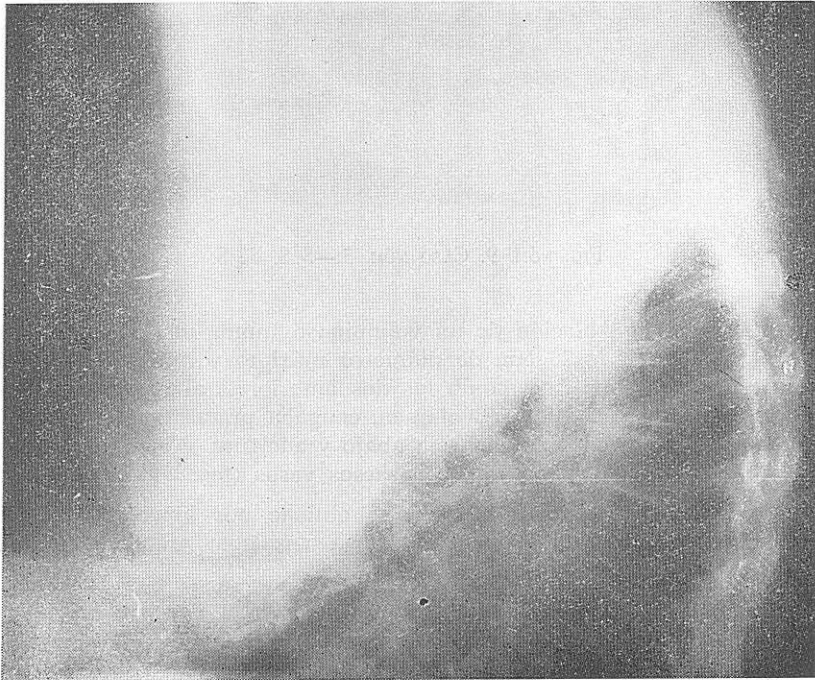


FIG. NÚM. 11. CASO NÚM. 4.—A. J. C.

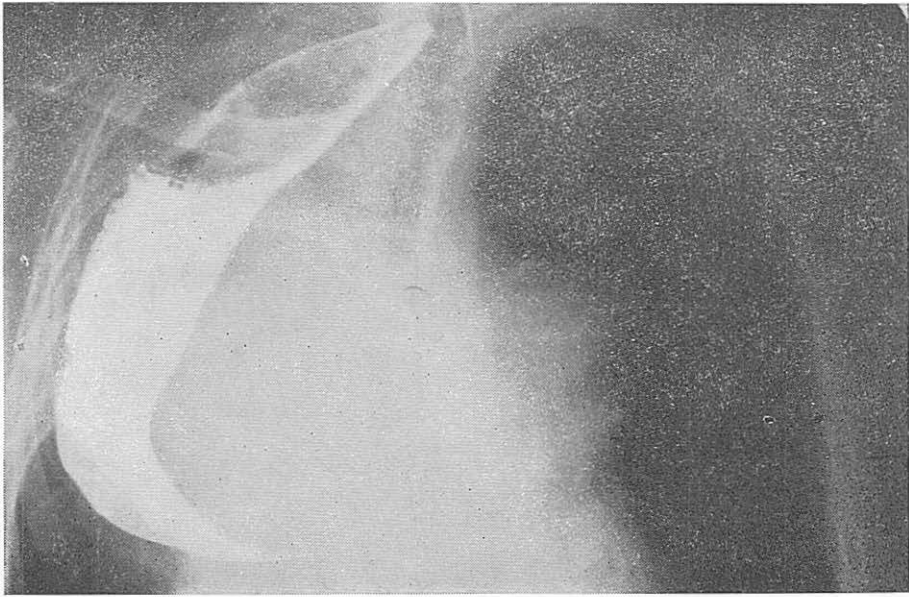


FIG. NÚM. 12. CASO NÚM. 4.—A. J. C.

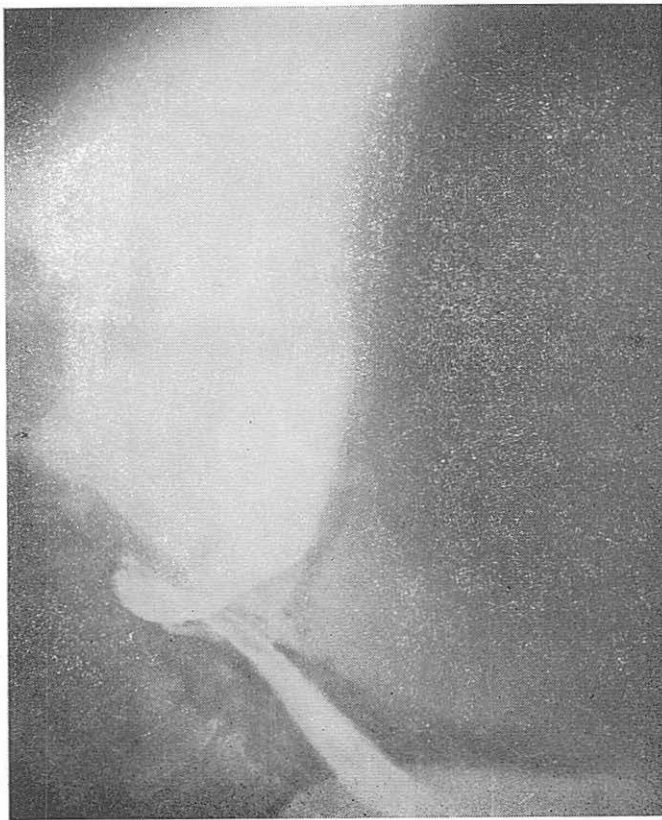


FIG. NÚM. 13. CASO
NÚM. 4.—A. J. C.

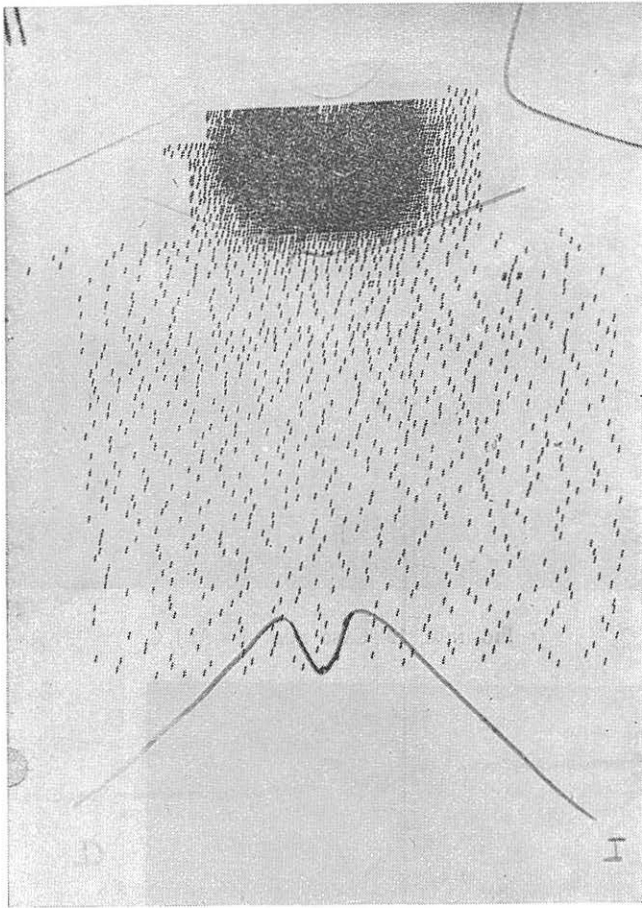


FIG. NÚM. 14. CASO NÚM. 4.—A. J. C.



FIG. NÚM. 15. CASO NÚM. 4.—A. J. C.

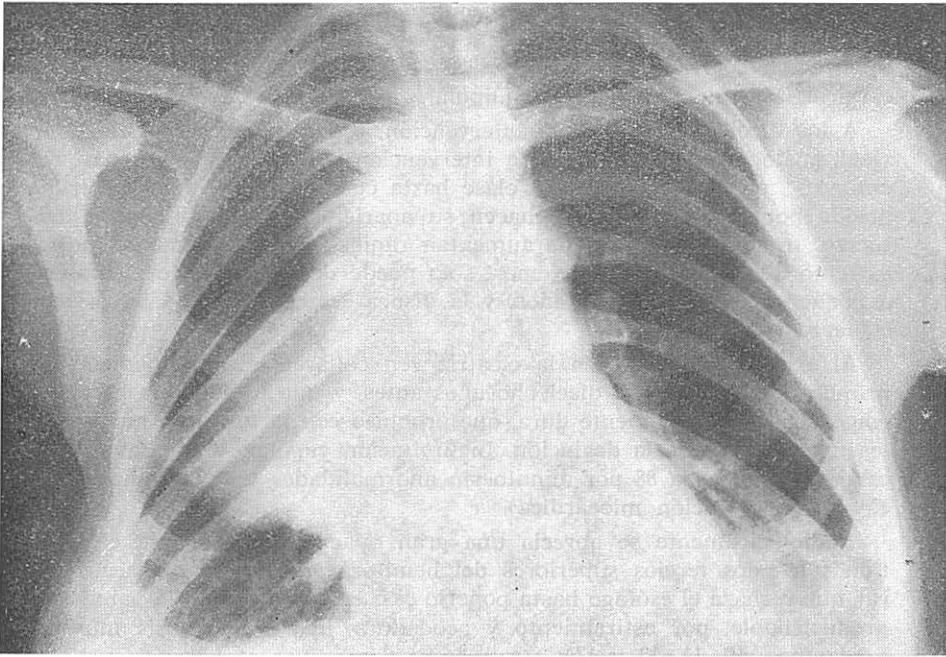


FIG. NÚM. 16. CASO NÚM. 5.—M. R. M.



FIG. NÚM. 17. CASO NÚM. 5.—M. R. M.

CASO 4.º—A. J. C., mujer de sesenta y ocho años, que sin antecedentes patológicos dignos de mención, fue intervenida a los cincuenta años de «una tumoración cervical con prolongación endotorácica» (fue operada por vía cervical) que fue catalogada de «lipoma».

A los dieciocho años de la intervención, reaparece una tumoración cervical, análoga a la que motivó la intervención anterior, sin ocasionar, como entonces, molestias de ninguna clase hasta cuatro meses antes de ser reconocida por nosotros, en que hacen su aparición disfagia y disnea de esfuerzo, trastornos ambos que aumentan rápida y alarmantemente, hasta el extremo de que, cuando le vemos, sólo puede deglutir líquidos lentamente, a pequeños sorbos y espaciados, y la disnea se desencadena aun al menor esfuerzo.

Al explorarla se aprecia la cicatriz «en collarete» correspondiente a la primera intervención de dieciocho años antes, y una tumoración cervical de consistencia medianamente dura, que propulso con la tos, pero que no sigue los movimientos de la deglución. Ingurgitación yugular, y hepatomegalia de estasis con pulso a 88 por minuto sin anormalidades E.C.G. (compresión de cavas sin alteración miocárdica).

Radiológicamente se aprecia una gran opacidad que abarca el mediastino y los dos tercios superiores del hemitórax derecho, de aspecto tumoral, que rechaza el esófago hasta ponerlo casi en contacto con la pared costal, produciéndole, por estiramiento y acodadura, una subestenosis muy acentuada (figs. 10, 11, 12 y 13).

Para descartar que se tratara de un tumor tiroideo, se le practicó una gammagrafía (fig. 14), que demostró que el tiroides funcionante tenía una forma y tamaño normales.

Dada la angustiosa situación de la paciente y con el diagnóstico de tumor mediastínico con prolongación cervical, benigno en cuanto a histogénesis, pero ya intolerable, se decide la intervención.

Intervención: Tumoración mediastínica, lobulada, que engloba y desplaza el esófago y comprime la base cardíaca y las venas cavas, la superior en su trayecto, y la inferior en su desembocadura. La pleura es libre, y el pulmón está rechazado hacia la base y reducido a menos de un tercio de su tamaño normal. La ablación se realiza lóbulo a lóbulo, puesto que están encapsulados, extrayéndose ocho en total (fig. 15), que eran los asequibles por vía torácica. La tráquea queda desnuda en parte, y el esófago en un tercio de su longitud. Los diámetros de las diferentes tumoraciones oscilan entre 3 y 12 cm., y el peso total es de 1.850 gramos.

Diagnóstico histopatológico: Fibrolipomas con alguna anaplasia y gran predominio de fibroblastos.

CASO 5.º—M. R. M., mujer de cuarenta y dos años, que sin antecedentes patológicos, a los treinta y cinco años, con motivo de una revisión laboral, le apreciaron una imagen patológica en mediastino anterior, que no diagnosticaron, ni dieron mayor importancia.

Cuatro años después, en otra revisión, le apreciaron una doble imagen tumoral paramediastínica derecha a nivel hiliar, que tampoco diagnosticaron ni estudiaron a fondo. Ultimamente, por presentar astenia acusada, síndrome de impregnación y febrícula vespertina, acude a nuestra consulta.

El estado general está conservado, el contaje y fórmula leucocitarios son anodinos, pero la V.S.G. es de 35-70.

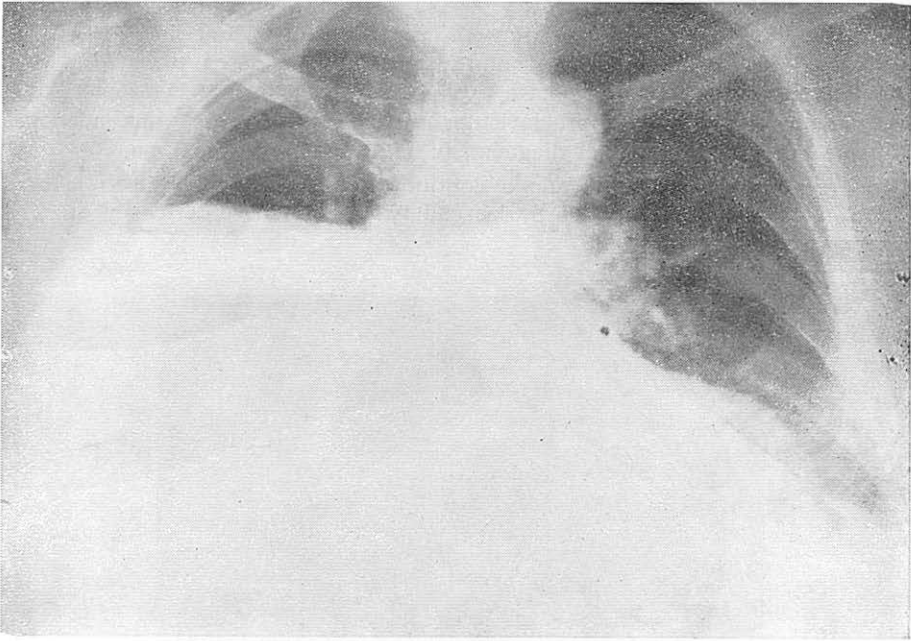


FIG. NÚM. 18. CASO NÚM. 6.—J. G. V.



FIG. NÚM. 19. CASO NÚM. 6.—J. G. V.

Radiológicamente (figs. 16 y 17) se aprecia una imagen tumoral polilobulada del mediastino anterior con propulsión hacia el lado derecho, cubriendo la zona hiliar en frontal y dejándola libre en transversa. Sospechando la posible etiología, se exploran cuidadosamente las zonas ganglionares, y en la fosa supraclavicular derecha se identifica una adenopatía, que biopsiada nos da el diagnóstico: Hodgkin Paragranuloma.

Un linfograma practicado a continuación pone de manifiesto la afectación de múltiples ganglios de las cadenas ilíacas mesentéricas y otros grupos subdiafragmáticos.

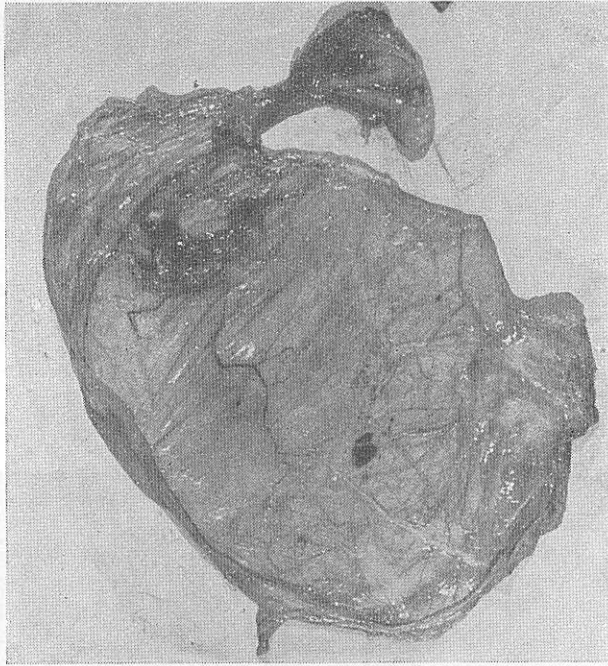


FIG. NÚM. 20. CASO NÚM. 6.—J. G. V.

CASO 6.º—J. G. V., varón de sesenta y seis años, que sin antecedentes patológicos valorables, con motivo de un cuadro respiratorio intercurrente, es visto a rayos X y diagnosticado de tumoración en base del hemitórax derecho, por lo que lo remiten a nuestra consulta para estudio y tratamiento quirúrgico.

El paciente no acusa ningún signo funcional, salvo ligera disnea de esfuerzo que atribuye a su edad.

A la exploración, matidez y silencio respiratorio en la base derecha desde la línea axilar media hacia delante.

Radiológicamente, opacidad que ocupa la parte antero-inferior del hemitórax derecho, con prolongación hiliar en forma digital e inmovilidad diafragmática en su mitad anterior (figs. 18 y 19).

Broncográficamente se comprueba que la imagen tumoral es extrapulmonar, estando rechazado todo el árbol bronquial, pero sin haber amputación ni deformidad de ninguna de sus ramas.

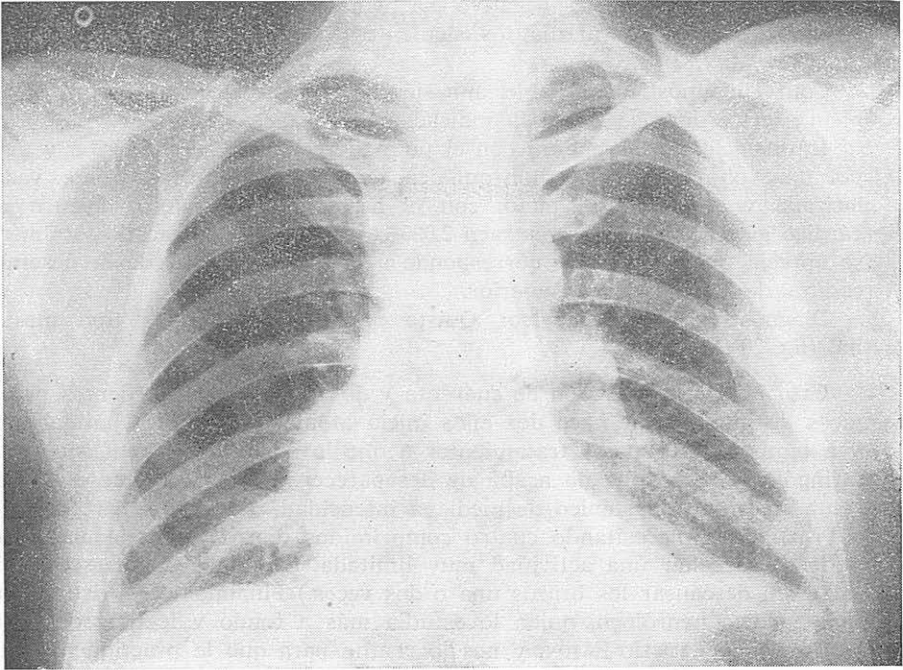


FIG. NÚM. 21. CASO NÚM. 7.—J. B. A.

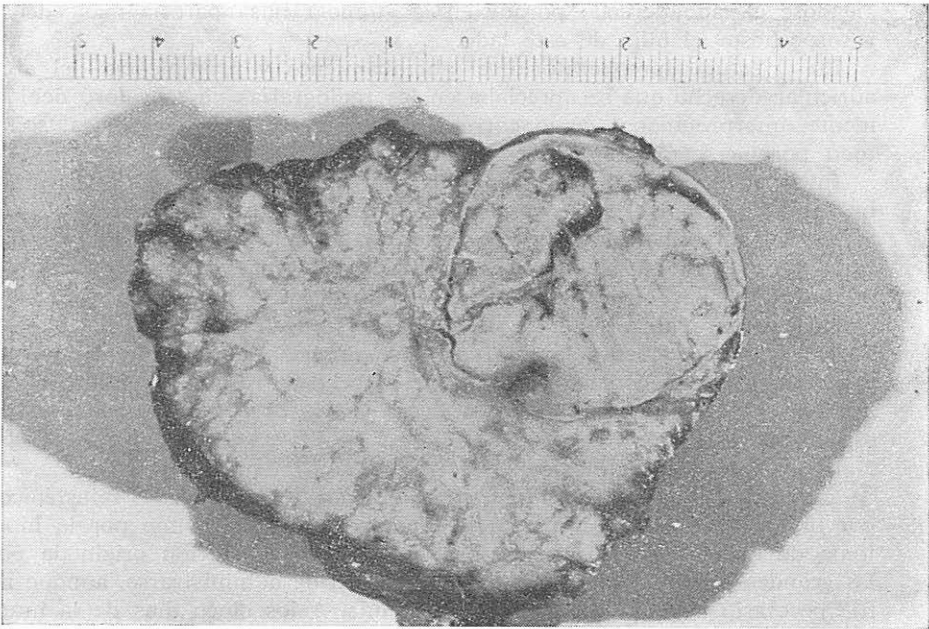


FIG. NÚM. 22. CASO NÚM. 7.—J. B. A.

Broncoscópicamente es negativo. La hematimetría normal con V.S.G. de 4-11. La espirometría arroja los siguientes valores: C.V., 82 %; V.E.M.S., 83 %; V. Mx., 83 %.

Con el diagnóstico probable, aun siendo tan grande la imagen, de quiste pleuro-pericárdico, se sienta la indicación quirúrgica.

Intervención: Pleura libre con el pulmón rechazado hacia arriba y atrás por una voluminosa formación quística, de pared seudotransparente, vascularizada y remitente al tacto, con el aspecto de un quiste pleuro-pericárdico gigante, del que se extraen 2.000 c.c. de líquido. Disecado totalmente se aprecia que el pedículo corresponde a la parte anterior de la desembocadura de la vena cava superior.

Diagnóstico histopatológico: Quiste pleuropericárdico de tipo mesotelial (fig. 20).

CASO 7.º—J. B. A., varón de cuarenta y dos años, sin antecedentes patológicos de interés, que hace dos años inicia afonía que regresa parcialmente y a temporadas con los tratamientos a que lo someten diferentes oto-rinolaringólogos, pero que no acaba de desaparecer. Hace nueve meses se presenta síndrome miasténico de mediana intensidad, que tratan con Mestinón y Prostigmine, necesitando cuatro comprimidos diarios de cada clase para poder desarrollar una actividad muy limitada. (No puede peinarse ni afeitarse sin descansar los brazos una o dos veces.) Finalmente es visitado por otro médico neurólogo, quien lo estudia más a fondo y le diagnostica un síndrome de LAMBERT-EATON, y nos lo remite para que le practiquemos una toracotomía en busca del tumor bronquial que motiva el síndrome.

Estudiado radio y tomográficamente, no se aprecia ninguna imagen tumoral, así como tampoco por broncoscopia y por broncoaspiración (fig. 21). La hematimetría es normal, con V.S.G. de 4-11.

Ante la insistencia del neurólogo se le practicó una toracotomía, escogiéndose el lado derecho porque en las tomografías aparecía más «denso y sospechoso» el hilio de este lado.

En el estudio preoperatorio, el abombamiento y prominencia del arco auricular derecho que se apreciaba en las radiografías no se valoró debidamente, interpretándose como correspondiente a la sombra cardíaca, sobre todo porque seguía el latido.

Intervención: Pleura libre sin nada patológico en parénquima ni árbol bronquial, pero en el mediastino antero-inferior, adosado a la aurícula derecha, hay un tumor duro, encapsulado, del tamaño de una naranja, adherido al pericardio por delante y debajo de las venas pulmonares, con un pedículo vascular que asciende hacia el mediastino antero-superior, cuya extirpación se realiza sin grandes dificultades (fig. 22).

Valorada nuevamente la radiología, se aprecia que la sombra que se había interpretado como arco auricular derecho correspondía al tumor. En la radiografía que presentamos, en ligera O.A.I., es donde más patente es esta imagen.

Diagnóstico histopatológico: Timoma.

Cabe señalar en este caso que, como en todos los síndromes miasténicos por tumor tímico, el postoperatorio inmediato fue penosísimo por la hipotonía de los músculos respiratorios y por la hipersecreción originada por las grandes dosis de Prostigmine que hubieron de administrarse, aunque no fue necesario llegar a la respiración asistida. A los cinco días de la intervención empezó a mejorar la voz y la miastenia, y a las dos semanas podía realizar una actividad muy superior a la de antes de la intervención con dosis mucho menores de Mestinón y Prostigmine.