

ALGUNAS CARACTERISTICAS ESPECIALES DE NUESTRA CASUISTICA DE TUMORES Y QUISTES DE MEDIASTINO

Por los Dres. SAGAZ ZUBELZU y MIRANDA ROMERO

Sanatorio El Nerveral (Jaén). P.N.A.E.T.

RESUMEN

Hemos segregado de nuestra casuística tumoral en esta aportación sólo 31 casos, por reducirnos casi exclusivamente a los tratados (1). No se incluyen en esta relación las tumoraciones mediastínicas que se observan como localización metastásica o conjunta con origen en otro órgano o región adyacente. Tampoco se contabilizan ni comentan las tumoraciones que, si surgen ubicadas en la región mediastínica, son manifestación de una enfermedad sistémica. La cifra citada corresponde a los que han sido tributarios de una terapéutica quirúrgica torácica. El hecho de que en nuestro Centro, como en los demás del P.N.A., hasta hace unos años no asistíamos más que afecciones T.B., condicionan también la reducción de las cifras manejadas.

Recordamos que los tumores y quistes mediastínicos los podemos clasificar, desde un aspecto pronóstico, en BENIGNOS y MALIGNOS.

Otro tipo de clasificación que se utiliza es la anatomo-patológica, la que nos orienta en la histología del tumor y, consecuentemente, en el pronóstico y terapéutica ulterior. Hemos utilizado entre las de esta orientación la de VALMAGGIORE, que no reproducimos.

Desde el punto de vista de la terapéutica quirúrgica resulta de suma utilidad la clasificación anatomo-topográfica, que agrupa los tumores y quistes mediastínicos según su localización en esta región, hecho que nos orienta para el diagnóstico diferencial.

Prototipo de esta modalidad de clasificación es la de PEABODY, que es la que hemos utilizado con alguna variante por ampliación; en relación con ésta informamos.

En el mediastino anterior y superior es sabido se localizan los del tiroides-timomas y teratomas o teratodermoides. En nuestra casuística observamos que los tiroides-aberrantes, por proceder de lóbulos o prolongaciones laterales, los encontramos en zona retro-vascular-retro-cava, etc., por deslizarse más posteriormente detrás de los citados vasos.

Los bocios intratorácicos sí los hallamos en mediastino anterior como se describen.

(1) En esta casuística, que comentaremos más ampliamente, encontramos: 1 timoma, 3 tiroides aberrantes, 6 bocios intratorácicos, 4 teratodermoides, 1 quiste gastro-entérico, 1 quiste celómico, 3 lipomas gigantes, 4 neurinomas, 1 hemangioma, 1 higroma linfático, 3 linfosarcomas, 3 linfogranulomas gigantes.

Observamos un caso de timoma en mediastino superior antero-lateral y no en anterior.

En nuestros casos de teratodermoides los hallamos en zona mediastínica anterior, pero también en mediastino anterior-medio e inferior.

Los lipomas, que por atribuirse su origen del tejido adiposo del timo, se sitúan en mediastino antero-superior, nosotros los encontramos en mediastino postero-superior y postero-inferior, por ser originarios de grasa parietal y periesofágica.

Consideramos interesante subdividir con una nueva zona mediastínica-media, que es la de ubicación preferente de las tumoraciones linfáticas, a veces con extensión a todo el mediastino anterior.

En el mediastino-posterior son de localización preferente para los tumores neurológicos más en su zona superior, y así los observamos también, pero un caso está situado en el inferior y posterior (intercostales 6.º, 7.º y 8.º).

En mediastino postero-superior encontramos un higroma-linfático y un quiste gastro-entérico. Un hemangioma, en mediastino-posterior zona media.

Un único caso de quiste celómico lo hallamos en mediastino antero-inferior derecho, que es la habitual.