

# COMENTARIOS CLINICOS SOBRE LA FRECUENCIA Y CLASIFICACION DE LOS TUMORES Y PSEUDOTUMORES MEDIASTINICOS

Por el Dr. JOSÉ ZAPATERO

*Profesor del Servicio de Aparato Respiratorio.  
Ciudad Sanitaria Francisco Franco. Madrid.*

Se recoge la *experiencia* adquirida en un centenar de enfermos.

Se expone una *clasificación* de las enfermedades del mediastino que fue ya presentada al Congreso Internacional celebrado en Praga en 1967 por la Asociación para el Estudio de los Bronquios, que establece primeramente cuatro grandes grupos: inflamaciones, tumoraciones, desviaciones y extravasaciones, como puede verse en tabla 1.<sup>a</sup>

## CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES DEL MEDIASTINO

		Adenitis tuberculosas ... ..	Período primosecundario. Período terciario.
INFLAMACIONES ... ..	GANGLIONARES... ..	Adenitis no tuberculosas ... ..	Agudas (bacterianas, virales). Crónicas (granulomas micósicos y silicóticos, granulomas de etiología desconocida, adenopatías de estasis).
		NO GANGLIONARES... ..	Tuberculosas. No tuberculosas.
TUMORACIONES	MEDIASTINO ANTERIOR ... ..	Teratodermoides.	
		Tumores del timo.	
		Bocios intratorácicos.	
		Mesoblastomas (fibromas, lipomas).	
		Linfangiomas y angiomas.	
		Celomas.	
		Falsos tumores (hernias diafragmáticas anteriores, aneurisma aórtico y de otros troncos vasculares, quiste hídático etcétera).	

TUMORACIONES.	MEDIASTINO MEDIO..	Quistes broncogénicos.	Linfosarcoma. Linfogranulomatosis maligna. Linfogranulomatosis benigna. Adenopatías metastásicas cancerosas. Adenopatías leucémicas.
		Ganglionares ... ..	Granulomas de etiología conocida y desconocida, etc.
DESVIACIONES...	MEDIASTINO POSTERIOR ... ..	Falsos tumores ...	
		Neurogénicos. Meningóceles. Quiste paraesofágico. Falsos tumores (absceso pótico, hernia hiatal, megaesófago, secuestración pulmonar, etc.).	
EXTRAVASACIONES ... ..		ESTÁTICAS. DINÁMICAS (PENDULEO, BAMBOLEO).	
		FLÚIDOS LÍQUIDOS (SUFUSIONES SANGUÍNEAS, QUILOSAS Y LINFÁTICAS). FLÚIDOS GASEOSOS (ENFISEMA, HERNIA MEDIAS-TÍNICA).	

En el diagnóstico diferencial de los llamados *granulomas mediastínicos*, se llama la atención sobre el hecho de que en algunas estadísticas norteamericanas los granulomas micósicos son actualmente más frecuentes que los tuberculosos. El hongo más frecuentemente encontrado sería el histoplasma y, a continuación, el coccidioides. Ambos orígenes en nuestro país, prácticamente quedarían excluidos, dado que el autor realizó hace ya algún tiempo unas 3.000 pruebas cutáneas con histoplasmina y coccidioidina sin encontrar una sola positividad en la población española, registrando, por el contrario, una serie de positividades en estudiantes norte, centro y sudamericanos, matriculados por aquel entonces en la Universidad de Madrid.

La estadística recoge 16 casos de tumores y 13 de pseudotumores localizados en el *mediastino anterior*. Se señala una serie de características para los tumores localizados en este espacio mediastínico: a) Proyección a la derecha de esternón por existencia de la barrera cardioaórtica. b) Pueden a veces alcanzar gran tamaño sin dar lugar a sintomatología. c) Con una gran frecuencia se observan calcificaciones en la imagen radiológica. Este es el caso del teratoma, bocio, quiste tístico, linfangioma y angioma, quiste pericárdico postinflamatorio y aneurisma aórtico. Para poner de relieve las calcificaciones, deben hacerse radiografías (mejor tomografías) con rayos muy duros. La calcificación en fina película periférica sería característica del aneurisma aórtico. Es un pequeño detalle que, sin embargo, permite hacer un diagnóstico y evitar errores lamentables. El aneurisma aórtico sería la estructura mediastínica capaz de dar lugar a sintomato-

logía presiva, en la que más frecuentemente se cometen errores de interpretación.

Se muestran con ejemplos la utilidad de las radiografías practicadas en posición de MÜLLER y VALSALVA, en ciertas tumoraciones del mediastino anterior, como en las imágenes vasculares pseudotumorales y en el bocio intratorácico.

Los linfoblastomas, por estar localizados en la parcela mediastínica de más responsabilidad, cual es la zona media del *mediastino medio*, es más raro descubrirles en renocimientos seriados. La estadística recoge 41 casos de tumores del mediastino medio: 1 quiste broncogénico y 40 linfoblastomas. Se subraya la posibilidad con que tanto las adenopatías acompañantes de cánceres bronquiales, que a veces no dan lugar a alteración radiológica alguna a nivel del pulmón, al igual que las metástasis mediastínicas por cánceres desconocidos, que a veces ni siquiera son capaces de ser descubiertos en la autopsia, se impongan al clínico, como es natural, como linfoblastomas primitivos. Se recogen tres casos de pseudolinfoblastomas primitivos, que representaban metástasis de epitelomas anaplásicos, cuya localización primitiva no se llegó a conocer. Los cánceres bronquiales adoptarían la máscara de pseudolinfoblastomas primitivos en el 1-2 % de los casos. En contraposición a los tumores del mediastino anterior, los del medio, a excepción del quiste broncogénico, no presentan calcificaciones. Entre las pseudotumoraciones del mediastino medio se recogen 22 casos, entre ellos tres casos de los llamados por los anglosajones tumores fantasmas (adenopatías congestivas).

En los tumores del *mediastino posterior* deben practicarse siempre radiografías de la jaula torácica por la frecuencia con que existen alteraciones óseas a nivel de esternón, costillas y columna vertebral. Entre las pseudotumoraciones se recogen tres casos de aorta torácica elongada y plegada, que por dar lugar a veces a sintomatología presiva (trastornos de la deglución, etc.), motivan indicaciones erróneas de intervención, que pueden ser peligrosas e incluso de tipo cataclísmico. Se recoge también un caso muy interesante de secuestro pulmonar, subrayándose la importancia de poder realizar en estos casos un diagnóstico preoperatorio.

Finalmente se hace un estudio comparativo de esta estadística con la de dos cirujanos torácicos españoles.