

Bocio endotorácico

Doctores J. Gómez Durán, M. Vicente Cantero, J. Ardaiz San Martín y J. L. Inchausti Teja

RESUMEN

Desde 1965 se han tratado quirúrgicamente en la Clínica "Puerta de Hierro" 405 bocios. Cuarenta y nueve fueron endotorácicos y sólo en siete fue necesaria la esternotomía incompleta para su extirpación, utilizando la vía cervical para el resto.

Los métodos diagnósticos utilizados en Clínica "Puerta de Hierro" para el diagnóstico de estos tumores mediastínicos comprenden la historia y exploración clínicas, radiología de tórax posteroanterior y lateral y la gammagrafía tiroidea, junto con la exploración funcional del tiroides.

Pero todos estos procedimientos sólo nos hablan de la existencia de un tumor mediastínico que incluso con la gammagrafía simple puede no quedar diagnosticado de bocio. Ocurre esto por la falta de captación del isótopo por todo el tejido tiroideo, normal o patológico, de situación extraglandular. La estimulación con TSH (Ambinón) durante tres días hace captador al tejido

tiroideo extraglandular, proceder que siempre nos revelará el registro gammagráfico del tumor mediastínico si se trata de bocio. Y aun así nunca sabemos exactamente el tamaño del bocio, pues los límites del tumor en el campo operatorio suelen sobrepasar los delimitados por la gammagrafía con estimulación con TSH.

Ante la mínima dificultad por extirpar el bocio endotorácico por vía cervical, procedemos a la esternotomía incompleta, controlando previamente a la manipulación del tumor los grandes vasos mediastínicos. Un caso, por ser de mediastino posterior, se abordó por toracotomía postero-lateral tipo estándar.

Los resultados han sido siempre favorables, y dado que la pleura no es abierta en los casos de esternotomía incompleta, nunca tuvimos complicaciones posoperatorias torácicas.

Cuatro casos de tumores mediastínicos

Doctor J. Medina Díez

RESUMEN

Presentamos en esta comunicación cuatro casos de tumores mediastínicos estudiados en colaboración con los siguientes servicios:

Primero: Dispensario de la Línea de la Concepción, dirección doctor F. Bachiller.

Segundo y tercero: Dispensario Central de Cádiz, director doctor C. García Rubio.

Cuarto: Cátedra de Patología Médica de Cádiz, doctor F. Venero.

Los estudios histopatológicos han sido realizados en la Cátedra de Anatomía Patológica de Cádiz por los doctores C. Aguirre y F. Braza.

* Jefe del Servicio Quirúrgico del Sanatorio de Puerto Real. Cádiz.

A todos ellos queremos agradecer la valiosa colaboración prestada para el diagnóstico y tratamiento de estos enfermos.

Dado el tiempo de que disponemos, nos limitaremos a la presentación de los casos, sacando al final algunas consideraciones.

El primer caso se trata de una enferma de cuarenta y cuatro años de edad. D. M. B. Entre los antecedentes familiares, su padre murió de tuberculosis pulmonar. Resto sin interés. Antecedentes personales, igualmente sin interés.

Trece años antes de su ingreso padeció varias hemoptisis de pequeña intensidad, siendo diagnosticada de tuberculosis pulmonar y tratada específicamente durante tres años. En los últimos diez años se quejó de molestias en hipocóndrio derecho, por lo que fue diagnosticada de colecistopatía y tratada consecuentemente durante largo tiempo.

Tres meses antes de su ingreso comenzó con dolor en escápula derecha. Un estudio radiológico demostró una tumoración mediastínica, por lo que se ingresó para su estudio y tratamiento quirúrgico.

El estudio radiográfico y tomográfico demuestra una imagen redondeada de límites nítidos y de igual densidad radiológica que el mediastino y la silueta cardíaca. Tomográficamente es casi la misma imagen, siendo ésta más nítida en los planos más anteriores.

La radiografía lateral muestra una imagen muy nítida y bien delimitada en región anterosuperior de mediastino.

Las pruebas de laboratorio, prácticamente normales. Igualmente los estudios preoperatorios cardiorrespiratorios.

El día 31 de marzo de 1969 practicamos la extirpación de una tumoración de consistencia en principio elástica, por encontrarse el tejido graso, que en su mayoría componía la tumoración, en estado líquido, y más tarde, al descender la temperatura, se solidificó. Contenía además abundantes pelos. Anatómicamente a la tumoración se encontraba en el mediastino anterosuperior y delimitaba por el pericardio la vena pulmonar superior y la vena cava.

El curso posoperatorio fue normal. En la actualidad se encuentra bien.

El segundo caso trata de un enfermo de cuarenta y ocho años de edad. J. J. Q.

Natural de Cádiz. Los antecedentes familiares y personales fueron sin interés.

En el año 1947, o sea veintitrés años antes de su ingreso, le fue diagnosticada una tumoración, posiblemente un quiste hidático del vértice del hemitórax derecho. Se intentó sin resultados el tratamiento quirúrgico. Según el informe operatorio de la intervención, se penetró en una masa dura que no pudo ser extirpada. Durante estos años, salvo catarros frecuentes, el enfermo se ha encontrado sin grandes molestias. Los sucesivos estudios radiológicos practicados a lo largo de los años demostraban un crecimiento lento y progresivo de la tumoración.

A su ingreso presentaba dolor intenso, calcinante, en hombro y brazo derechos. En los últimos meses había comenzado con febrícula vespertina y en varias ocasiones expectoración hemoptoica.

A la exploración clínica es de resaltar un claro síndrome de Bernard-Horner de lado derecho y una falta de sudoración de la hemicara derecha, cuya piel se encuentra seca y rugosa.

Radiográficamente presentaba una gran tumoración de bordes nítidos y que se confundía con la sombra mediastínica. En la radiografía lateral ocupa prácticamente todo el vértice del hemitórax de adelante a atrás.

Tomográficamente, la misma imagen aún más nítida.

Los análisis de laboratorio practicados, salvo una velocidad de sedimentación de 80/120, fueron normales.

El estudio funcional cardiorrespiratorio, igualmente normal.

El día 14 de agosto de 1970 practicamos la extirpación de una gran tumoración de situación extrapleural e intensamente adherida a la pared posterior, zona donde se había realizado la operación anterior.

La autopsia de la pieza de resección dio como resultado una tumoración de forma ovoide de gran tamaño, de 1.200 gramos de peso, alcanzando en su eje mayor unos quince centímetros, de superficie jaspeada y de consistencia elástica; a la sección, la imagen es heterogénea, con áreas de color rojizo-oscuro, otras de color blanquecino y otras grisáceas. También son visibles algunas formaciones quísticas de escasa magnitud.

El diagnóstico anatomopatológico fue de un lemnocitoma con grandes áreas de necrosis y estroma telangiectásico.

El curso posoperatorio fue normal. Al ser dado de alta presentaba una imagen radiográfica prácticamente normal.

Cinco meses después de ser dado de alta comenzó con dolores cervicales de tipo radiculálgico. Se trataba de una tumoración situada en los cuerpos vertebrales de la cuarta y quinta vértebras cervicales, que fue extirpada. Histológicamente se trata de un hemangiosarcoma. Pocas semanas después de esta segunda intervención y con gran afectación de su estado general el enfermo falleció. Anatomopatológicamente no pudo demostrarse de una manera clara la relación de ambas tumoraciones.

El tercer caso se trata de un enfermo de dieciséis años de edad. A. V. R., de Barbate. En los antecedentes familiares, su madre había muerto pocas semanas antes por una carcinomatosis generalizada de origen digestivo.

Los antecedentes personales, sin interés. Nunca había estado enfermo hasta dos meses antes del ingreso, que comenzó con un proceso gripal.

A la exploración clínica la fosa claviclar derecha era más prominente que la izquierda, como ocupada. La vena yugular externa de este lado, bien visible y más ingurgitada que la izquierda. No existe un síndrome propiamente de cava superior. No existen adenopatías periféricas y en especial supraclaviculares. Radiográficamente, imagen tumoral bien delimitada en vértice superior derecho sin pérdida de continuidad con el mediastino. Tomográficamente, imagen más nítida con desviación en sentido caudal por compresión extrínseca del árbol bronquial.

Los estudios de laboratorio, salvo un aumento de la velocidad de sedimentación, fueron normales.

Las pruebas preoperatorias cardiorrespiratorias, igualmente normales.

El día 22 de mayo del presente año realizamos la extirpación de una tumoración de forma ovoidea de unos catorce centímetros de eje mayor por diez de eje menor y cuya cápsula aparece bien conservada. A la sección ofrece una superficie de color rosado con estrías rojizas y una porción central blanquecina y sumamente dura.

El estudio histológico de la pieza dio como resultado una linfogranulomatosis maligna, en fase de celularidad mixta (enfermedad de Hodgkin).

El curso posoperatorio fue totalmente normal. La radiografía posoperatoria era normal.

A pesar de no existir macroscópicamente ninguna otra adenopatía en el mediastino y de haber sido extirpada la tumoración como se demostró histológicamente en todo, se consideró aconsejable la cobaltoterapia posoperatoria. Se realizaron 30 sesiones, que fueron bien toleradas.

Actualmente, y cinco meses después de la extirpación, el enfermo se encuentra bien.

El cuarto y último caso se trata de un enfermo de treinta y ocho años de edad, también de Barbate.

Los antecedentes familiares y personales fueron sin interés.

Enfermedad actual: Unos tres años antes de su ingreso había comenzado con molestias en pie izquierdo, diagnosticándose una tumoración en la región plantar, que fue extirpada y, posteriormente, tratada con 30 sesiones de cobaltoterapia. Durante estos tres años el enfermo se había encontrado bien. Dos meses antes de su ingreso y con motivo de un reconocimiento radiográfico fue diagnosticada una gran tumoración paracardial derecha, por lo que se planteó el tratamiento quirúrgico.

Radiográficamente se ve gran tumoración de situación en mediastino inferior retrocardial demostrable igualmente en radios laterales y estudio tomográfico. La tumoración presentaba unos límites muy imprecisos hacia el retroperitoneo. Presenta, además, unas imágenes mamelonadas más fácilmente visibles en las tomas laterales y situadas hacia la región posterolateral.

El estudio radiográfico de esófago muestra un gran desplazamiento por compresión extrínseca.

Los estudios de laboratorio y cardiorrespiratorios fueron en términos generales normales.

El día 9 de agosto del presente año se realizó la extirpación de una gran tumoración, sin cápsula propia, muy típico de los sinoviomias, y limitada por los órganos ve-

cinos a los cuales no infiltra, al menos macroscópicamente. Esta tumoración esta situada en el mediastino posteroinferior, prolongándose por arriba hasta el hilo pulmonar y en sentido caudal y por el espacio retroperitoneal hasta el polo del riñón derecho. Desplaza marcadamente el esófago en sentido anterior y hacia la izquierda.

El estudio histológico de la pieza de resección presentaba un tejido de coloración blanquecina con numerosas necrosis, hemorragias y áreas quísticas. El diagnóstico histopatológico fue de sarcoma fusocelular de elevado índice de crecimiento.

El curso posoperatorio fue sin complicaciones. El estudio radiográfico fue prácticamente normal.

En la actualidad, dos meses después de la intervención, está sometido a tratamiento cobaltoterápico encontrándose bien.

CONCLUSIONES

1.^a Presentamos cuatro casos de tumores mediastínicos, que si bien dos de ellos pueden considerarse como de incidencia más frecuente, el ganglioneuroma o lemnocitoma y el quiste dermoide, los otros dos, tanto el Hodgkin como y, sobre todo, el sinovioma maligno metastásico son de extraordinaria rareza.

2.^a Todos ellos se presentan en enfermos jóvenes. Llama la atención en las tumoraciones mediastínicas benignas la larga evolución y la poca sintomatología que suelen presentar.

3.^a El diagnóstico es de predominio radiográfico. Otras exploraciones, como el estudio broncológico y la mediastinoscopia, las consideramos de menor utilidad.

4.^a A pesar de que solamente en uno de nuestros casos hemos realizado el estudio angiográfico y sin imágenes concluyentes, consideramos la cavagrafia superior como de utilidad en los tumores de mediastino superior, para un mejor planteamiento de la operación.

5.^a La toracotomía latero-anterior ha sido la practicada en nuestros casos. Suele ser la vía de elección.

6.^a La ausencia de mortalidad operatoria y el buen resultado principalmente en las tumoraciones de tipo benigno hace que recomendemos la extirpación como el tratamiento ideal, que debe intentarse siempre, máximo pensando que es muy difícil un diagnóstico de certeza, histológico antes de realizada la toracotomía.

7.^a En las tumoraciones mediastínicas malignas la radioterapia de alto voltaje es de gran utilidad y preferible a otra terapéutica antitumoral.

Tumores de mediastino

Doctores M. Nieto González, G. Téllez de Peralta, J. Agosti y D. Figuera Aymerich

RESUMEN

Se presentan distintos casos de tumores mediastínicos. Se han excluido los tumores pulmonares, que se hacen secundariamente mediastínicos, los linfomas, los bocios endotorácicos, objeto de otra comunicación los

tumores esofágicos y tumoraciones vasculares.

Las edades oscilan entre los quince y los sesenta y cinco años y hay 11 varones y cuatro hembras. En cuanto a la sintomatología,