

primitivo, médula osea, nódulos linfoides, cartilago, hueso, formaciones epiteliales glandulares y tubulares.

Se diagnosticó de teratoma.  
El posoperatorio fue normal.

*El primer caso, de localización típica, destaca por la gran evolución de las lesiones. Aproximadamente un 20-25 por 100 de los teratomas son malignos, casi siempre bajo la forma de carcinomas (adenocarcinoma o carcinoma papilífero). La evolu-*

*ción en este caso fue rapidísima, pues al mes y medio presentó una recidiva local y dos metástasis en lóbulo superior derecho.*

*El segundo caso es de gran rareza por su localización postero-inferior. Hasta la fecha sólo se han descrito cuatro casos con éste. Todo lo demás recuerda fielmente con el concepto de carcinoma.*

*En ninguno de los dos casos aparecieron en la radiografía imágenes de hueso, dientes, etcétera, lo que hubiese facilitado el diagnóstico preoperatorio.*

## Adenopatías fímicas del mediastino

Doctores G. Téllez de Peralta, J. J. Rufilanches Sánchez y D. Figuera Aymerich

### RESUMEN

Generalmente, la tuberculosis primaria infantil, con su complejo anatomopatológico constituido por la lesión parenquimatosa y la adenopatía satélite, suele cursar de modo benigno hacia la curación, a no ser que se complique.

Dentro de las complicaciones que se producen, a pesar de un tratamiento médico adecuado, llamamos la atención sobre las adenopatías satélites, que a veces, en lugar de regresar, pueden continuar evolucionando, caseificarse y perforar o distorsionar los bronquios, dando lugar a una serie de complicaciones que integran lo que podríamos llamar complicaciones regionales de origen ganglionar del complejo primario. Y esto ocurre porque es un hecho comprobado que las drogas antituberculosas tienen menos efecto sobre las adenopatías fímicas que sobre las lesiones parenquimatosas.

No se debe tomar una decisión quirúrgica sin realizar previamente un adecuado y completo estudio del enfermo.

El tratamiento en los casos de complejo primario infantil con complicaciones regionales de origen ganglionar que no se han resuelto después de un tratamiento médico bien conducido debe consistir en reseca-

la adenopatía responsable o practicar su vaciamiento. En los adultos, aunque las adenopatías fímicas mediastínicas o hiliares se compliquen con mayor rareza, deben también ser intervenidos para eliminar un importante foco caseoso crónico, en el que casi siempre es posible evidenciar bacilos tuberculosos aunque la enfermedad esté aparentemente inactiva.

Esta conducta puede parecer a algunos extremadamente agresiva, sobre todo a quienes sostienen el criterio de la benignidad habitual del complejo primario. Pero no resulta tan agresiva si tenemos en cuenta que Frostad encuentra perforaciones bronquiales en el 28 por 100 de los niños sospechosos sometidos a exploraciones broncoscópicas y a la inocuidad de la operación que proponemos, que dependerá de la situación anatómica del ganglio o de los ganglios afectados. Siempre que sea posible, sin riesgos, debe researse la adenopatía.

Pero con mucha frecuencia, la situación del ganglio en la intrincada encrucijada hilar y su adherencia a los vasos vecinos hacen desaconsejable intentar su resección, máxime cuando los mismos resultados se obtienen abriendo el ganglio y vaciando

cuidadosamente su contenido caseoso con una cucharilla de Volkmann. Si existe perforación bronquial puede utilizarse la misma cápsula del ganglio para obturarla. Si la reexpansión pulmonar es completa y permanente, utilizando succiones posoperatorias de alto vacío no se producen compli-

caciones pleurales a pesar de la comprobación de bacilos en el caseum ganglionar.

Esta ha sido la experiencia proporcionada por cuatro casos operados en la Clínica "Puerta de Hierro" que siguieron todos ellos un curso muy satisfactorio, sin complicaciones posoperatorias.

## Tumores del mediastino posterior: Ganglioneuromas

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

El 90 por 100 de los tumores de mediastino posterior son de origen nervioso. Suelen situarse en el canal paravertebral, donde se encuentra la cadena simpática, origen generalmente de estos tumores, aunque pueden proceder también de los nervios intercostales. Habitualmente ocupan la parte superior del canal paravertebral.

Los tumores neurogénicos se pueden dividir en dos grandes grupos: *a)* los que se originan en las hojas neurales, neurofibromas y neurinomas, y *b)* aquéllos en los que predominan los elementos ganglionares, ganglioneuromas, que son los que motivan la presente comunicación.

**Incidencias.** Suelen encontrarse a menudo en jóvenes. La edad media encontrada por Ringertz y Lidholm (1956) en una serie de 11 ganglioneuromas de mediastino fue de veinticinco años y es excepcional observarlos en niños menores de cuatro años. Únicamente se conocen los casos referidos por Bialock (1934), Scoville (1956) y Shephard y Sutton en 1958. Son más frecuentes en el sexo femenino, con un predominio de 3/2 sobre los varones, y tienen ligera tendencia a aparecer en el lado derecho.

Son tumores relativamente raros. En la serie de Ringertz y Lidholm, que incluye 155 tumores de mediastino, constituyen,

considerando también los ganglioneuroblastomas, el 17 por 100 de los que aparecen en el mediastino posterior.

En la Clínica "Puerta de Hierro" hemos tenido ocasión de estudiar a tres enfermos que presentaban tumoración de este tipo. En todos ha sido lo más llamativo la ausencia de sintomatología clínica que presentaban, hasta el punto de que han sido hallazgos radiológicos con motivo de exploraciones radiológicas por otro proceso lo que demostró su existencia. El tratamiento quirúrgico se llevó a cabo, reseándose la tumoración, sin especiales dificultades técnicas. El curso posoperatorio fue siempre excelente.

En el estudio anatomopatológico de las piezas se apreciaba al corte, macroscópicamente, que eran unas tumoraciones sólidas que aparecían encapsuladas, con una superficie blanquecina brillante y de aspecto gelatinoso. En el estudio microscópico se apreciaba una mayoría de campos con muy pocas células ganglionares y el resto estaba constituido por fibras multidireccionales en una matriz mixoide. Solamente en un campo seleccionado, donde el tumor era más intensamente celular, podían observarse agrupaciones de células grandes, de citoplasma amplio, que correspondían a células ganglionares maduras, lo que permitió identificarlos como ganglioneuromas.

### RESUMEN