

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