

## AVANCES RECIENTES EN RADIOLOGIA

### IV

#### PATOLOGIA DEL MEDIASTINO\*

DR. C. MARTÍNEZ FABRE\*\*

DR. E. DURÁN OJEDA\*\*\*

DR. F. GONZÁLEZ GARCÍA\*\*\*

**L**A PATOLOGÍA del mediastino, principalmente la tumoral, es muy variada y ha sido motivo de numerosas publicaciones, debido a que la mayoría de los padecimientos de este tipo cursan asintomáticos.

Con el objeto de analizar los procedimientos de diagnóstico, ya que éstos son esencialmente radiológicos, revisaremos los diversos medios técnicos que se practican en este tipo de patología, (porque como dijimos antes la signología clínica es nula o bien tardía).

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 53 expedientes del Hospital de Neumología y Cirugía de Tórax del I.M.S.S. de los cuales: en 8 casos (15.2%) el diagnóstico anatomopatológico se obtuvo por biopsia, 35 (66%) fueron intervenidos y 10 (18.8%) no se intervinieron por no considerarse indicadas ni la cirugía ni la biopsia.

Haremos la distribución de las lesiones en relación con su orden de frecuencia y respecto a su localización, para lo cual consideramos el mediastino dividido en cuatro regiones: mediastino superior, mediastino anterior, mediastino medio y

\* Trabajo leído en la sesión del 9 de junio de 1965.

\*\* Jefe del Depto. de Radiología del Hosp. de Neumología y Cirugía de Tórax, Centro Médico Nacional del I.M.S.S.

\*\*\* Médico Radiólogo del Hospital de Neumología y Cirugía de Tórax, C.M.N.

mediastino posterior. Analicemos los diferentes tipos de exploración radiológica que se practicaron.

De los 53 casos de esta comunicación, 26 (49.5%) pertenecen al sexo masculino y 27 (50.5%) al sexo femenino.

Las edades de los enfermos anotados, fluctuaron entre 8 y 68 años de edad, el mayor número corresponde a la cuarta década de la vida.

A todos se les practicaron radiografías en P.A. y laterales del lado en que la lesión era más prominente, así como radiografías oblicuas e izquierda. Estos exámenes de rutina son básicos para objetivar la lesión y planear las siguientes exploraciones, en ocasiones son suficientes para llegar a un diagnóstico diferencial.

A 28 (52.8%) se les practicó tomografía lineal convencional en A.P. y a cuatro en lateral, aunque hay que tomar en cuenta que por no repetir estos análisis, a menudo se pospusieron para practicarlos acompañados de neumomediastino. La tomografía en A.P. generalmente no añadió mayores datos de los obtenidos con los exámenes en P.A., laterales y oblicuas de tórax, en cambio la tomografía lateral sí es de utilidad para diferenciar la tumoración de los elementos vecinos.

Se practicó tomografía transversal en 13 (24.5%).

Encontramos que la utilidad óptima del método, es en los casos en que la tumoración está bien circunscrita, en los tumores posteriores, adheridos a la canaladura costo vertebral es donde tiene mayores aplicaciones para el diagnóstico diferencial.

La tomografía frontal oblicua se practicó en ocho casos, su utilidad mayor es en los casos en que se desee valorar la obstrucción de bronquios principales por masas tumorales y en tumores de mediastino superior.

En 15 casos (28%) se hizo broncografía; ésta se efectuó del lado en que sobresalía la tumoración. Cuando la masa tumoral es pequeña, la broncografía no presta ayuda diagnóstica, en cambio en masas tumorales grandes, sobre todo si éstas son difusas, el concurso de la tomografía es conveniente en el diagnóstico diferencial con el C.A. broncogénico.

A 23 pacientes (43%) se les practicó neumomediastino, en los que se obtuvieron radiografías en P.A., laterales, oblicuas, tomografía lineal y transversal en A.P. y lateral.

En cinco casos se practicó angiografía y en uno cavografía. En los tumores de mediastino superior, cuando con los métodos anteriores no se ha llegado al diagnóstico diferencial con aneurismas de la aorta, es necesario llegar a la práctica de aortografía, ya sea derecha o izquierda; en las coartaciones de aorta con gran redundancia de ésta, o ante la sospecha de secuestro pulmonar.

La localización y naturaleza definitiva de las lesiones con examen histopatológico fue la siguiente:

5 Tumores del tejido nervioso	{	3 Neurilemomas localizados en mediastino posterior. 1 Ganglioneuroma localizado en mediastino posterior. 1 Neurofibroma localizado en mediastino posterior.		
9 Quistes:	{	5 Broncogénicos en mediastino superior. 2 Esofágicos: 1 en mediastino superior y otro en mediastino posterior. 1 Quiste traqueal en mediastino superior. 1 Quiste celómico del pericardio en mediastino anterior.		
Diversos:	{	6 Bocios intratorácicos benignos en mediastino superior. 1 Carcinoma papilar del tiroides en mediastino superior. 4 Teratomas benignos: 3 en mediastino anterior y 1 en mediastino medio. 2 Reticulosarcomas que ocupan el mediastino superior, medio y anterior. 2 Linfomas malignos en mediastino medio y superior. 3 Aneurismas: 2 de aorta en mediastino superior 1 de subclavia en mediastino superior. 2 Adenitis retículo hiperplásica en mediastino medio.		
	{	8 Carcinomas broncogénicos: <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td>                             2 En mediastino superior.                              3 En mediastino medio.                              2 En mediastino anterior.                              1 En mediastino posterior.                         </td> </tr> </table>	{	2 En mediastino superior. 3 En mediastino medio. 2 En mediastino anterior. 1 En mediastino posterior.
{	2 En mediastino superior. 3 En mediastino medio. 2 En mediastino anterior. 1 En mediastino posterior.			
	{	2 Mesoteliomas en mediastino superior. 1 Hemangioma en mediastino superior. 1 Coristoma en mediastino posterior. 1 Adenoma bronquial en mediastino superior. 1 Cavidad tuberculosa calcificada en mediastino posterior. 1 Coartación de aorta en mediastino superior. 1 Secuestro pulmonar en mediastino medio. 1 Tuberculosis pulmonar ganglionar en mediastino medio y superior. 1 Mediastinitis en mediastino superior y medio.		

COMENTARIO

La valoración radiológica de los tumores de mediastino, de ninguna manera conduce al diagnóstico histológico del tumor, los exámenes radiológicos nos indican la situación del tumor en las diferentes regiones del mediastino y de acuerdo con esta localización trataremos de hacer un diagnóstico de probabilidad. La estadística revisada, concuerda en general con los trabajos de otros autores; de los tumores de estirpe nerviosa, todos los encontramos en el mediastino posterior. Los quistes broncogénicos, la mayoría de ellos correspondieron al mediastino superior. Los teratomas se localizaron principalmente en el mediastino anterior. Los tumores de tipo de linfomas se situaron en el mediastino medio y superior, etc.

CONCLUSIONES

La patología del mediastino sea tumoral o no, puede presentarse en cualquier época de la vida, y los medios para detectarla son de preferencia radiológicos, principalmente por el hecho de que su sintomatología sólo es ostensible en casos avanzados.

La situación de estas lesiones en el mediastino puede ser determinada con exactitud por los procedimientos radiológicos de exploración en cualquiera de las regiones en que se ha dividido el mediastino para su estudio. Esta circunstancia proporciona una ayuda técnica inestimable a la cirugía.

Los métodos radiológicos adicionales tales como la tomografía transversal, neumomediastino y angiografía, ayudan en el diagnóstico diferencial con tumoraciones de los elementos mediastinales.

Aunque los procedimientos radiológicos pueden sugerir con ayuda de los datos clínicos el diagnóstico de la lesión, la verdadera naturaleza de ésta, sólo puede conocerse por el examen histopatológico, incluyendo la biopsia trans-operatoria para casos determinados, estableciendo de esta manera el pronóstico y la conducta terapéutica del caso.

#### BIBLIOGRAFÍA

- A. L. Bachman, W. Ackerman y K. MacKen.: *Azygography: It's value in Mediastinal Adenopathy and Tumors*. Ann. Surg. 153/344-356. Marzo, 1961.
- W. Bogedain y J. Carpathios: *Dilated Azygos Vein Simulating Mediastinal Tumor*. Postgrad. Med. 31:490-491. Mayo, 1962.
- W. Z. Stern and A. E. Bloomberg: *Idiopathic Azygos Phlebectasia simulating Mediastinal Tumor*. Radiology 77: 662-625. Octubre, 1961.
- W. H. Steinmetz y R. A. Mays: *Report of Case with unusual site of metastasis and review of literature*. Am. J. Roentgenol. 86:669-672. Octubre, 1961.
- Y. B. Kalter: *Two unrelated teratoma*. Dis. Chest. 40:657-660. Diciembre, 1961.
- L. Haché, L. B. Woolner y P. E. Bernatz: *Idiopathic Fibrous Mediastinitis*. Dis. Chest. 41:9-25. Enero, 1962.
- P. Markovits y J. P. Deprez-Curely: *Inclined frontal tomography in the examination of the mediastinum*. Radiology 78:371-380. Marzo, 1962.
- Isard, H. J. Bergelson V. D.: *Visualización de la aorta P. 5-8*. Journal of the Albert Einstein Medical Center Philadelphia.
- S. Läser. *Roentgen Examination of the Chest in lateral position*. Radiol Clin. 19/339-346. Septiembre, 1950.
- Gondos, B.: *The roentgen images of the subclavian artery in the pulmonary apex*. Amer. J. Roentgenol. 86:1058-62. Diciembre, 1961.
- Phillips T. Hanson A.: *The problem of circumscribed lung opacities*. Brit. J. Dis. Chest. 56:17-22. Enero, 1962.
- Hughes, D. L. y otros: *Diagnostic pneumomediastinum*. Radiology. 78:12-8. Enero, 1962.
- Sarmont, J. y otros: *Inclined frontal tomographical study of the tracheo bronchial tree in broncho-mediastinal diseases result in 48 cases*. J. Radiol. Electrol. 43:80-1. Enero-febrero, 1962.
- W. Sposito y V. Masini: *Hypertrophy of Thymus which simulated in adolescent and increase of cardiovascular image*. Cardiologia. 17:210-216, 1950.