fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Masa en mediastino como hallazgo casual en una radiografía

Teresa Benedito Pérez de Inestrosa[1], Elisabet Fernández Martín[2], Esther Fernández Tardáguila [3].
1. Médico de Familia. El Ejido. Distrito Poniente. Almería.
2. Médico de Familia. Berja. Distrito Poniente. Almería.
3. Pediatra. UGC Lebrija. Sevilla.

Teresa Benedito Pérez de Inestrosa.
E-mail: teresa.benedito@gmail.com

Citar como: Benedito Pérez de Inestrosa T, Fernández Martín E, Fernández Tardáguila E. Masa en mediastino como hallazgo casual en una radiografía. fml. 2016; 20(10):3p

Recibido el 27/01/2014
Aceptado el 15/03/2016
Publicado el 25/04/2016

Resumen

El mediastino constituye la localización más frecuente de los tumores extragonadales. El interés de este caso fue diagnosticar de forma casual un teratoma maduro en mediastino mediante una radiografía tras presentar la paciente un traumatismo torácico.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Se presenta el caso clínico de una paciente de 25 años de edad sin antecedentes médicos de interés que tras estudio radiológico (Figura 1) por presentar contusión costal se descubre de forma casual una masa en mediastino diagnosticándose un teratoma maduro.

Fig.1

Tras descubrir la masa en mediastino anterior se deriva al hospital para continuar el estudio.

Se realiza TAC Torácico y se informa como masa originada en mediastino anterior-medio derecho de 85x 66mm, bien delimitado excepto en su cara medial en contacto con el pericardio donde existe cierto borramiento, que comprime y desplaza estructuras mediastínicas hacia la izquierda. Su densidad es heterogénea apreciándose áreas quísticas de densidad agua, áreas de grasa, tejido blando y calcificaciones internas de forma irregular. No derrame pericárdico. Sospecha de tumor mesenquimatoso como teratoma (primario o metastásico) aunque habría que considerar otras posibilidades como metástasis de osteosarcoma.

Se completa el estudio con TAC Abdomino-Pélvico que informan sin alteraciones significativas.

Se realiza toracotomía derecha y resección del tumor mediastínico con pericardio derecho en bloque, tras diagnóstico histológico se confirma teratoma maduro.

El mediastino es una región anatómica del tórax situada entre ambos pulmones. Contiene todos los órganos intratorácicos, excepto los pulmones (Tabla1). Comunica por arriba con la región cervical y por debajo con la cavidad abdominal de la que está separado por el diafragma. Está separado de las cavidades pleurales y de los pulmones por las pleuras mediastínicas.

Tabla1

Ganglios linfáticos	Linfomas Linafadenopatías metastásicas
Timo	Timoma
Tiroides	Bocio
Paratiroides	Adenoma de paratiroides
Tejido endocrino	Tumor carcinoide
Tejido célulo-adiposo	Lipomas
Tejido embrionario	Teratomas Tumores de células germinales
Otros tejidos	Tumores mesenquimatosos Carcinomas primarios

El mediastino no está fijo a las rígidas estructuras torácicas por lo que puede desplazarse de su línea media por diferencias de presión en el sentido de un incremento de la presión intratorácica por sangre, por aire o por compresión por tumores. El aumento de la presión intratorácica mediastínica aguda o el desplazamiento mediastínico agudo provocará una disminución del retorno venoso cardíaco con la posibilidad de un cuadro de bajo gasto cardíaco.

Los límites del mediastino son:

- Anterior: Esternón.
- Posterior: Cuerpos vertebrales y costillas.
- Lateral: Las pleuras mediastínicas.
- Superior: Estrecho torácico superior (1ª costilla y escotadura yugular del esternón).
- Inferior: Diafragma e hiatos del diafragma (hiato esofágico y vena cava inferior).

Los tumores germinales extragonadales de mediastino han sido reconocidos en los últimos 20 años como un grupo individual de tumores, constituyendo la localización más frecuente de tumores extragonadales. Se postula que estos tumores se originan en células pluripotenciales, surgidas de restos germinales primitivos, que no han completado su migración embrionaria desde el canal urogenital hacia las gónadas. Constituyen del 10 al 15% de todos los tumores de mediastino y asientan casi preferentemente en el mediastino anterior. Aproximadamente el 60-80% de ellos son benignos (teratomas maduros) afectando por igual a ambos sexos, por el contrario los malignos se hallan casi exclusivamente en

hombres. Los tumores germinales se presentan en una población más joven respecto de los otros tumores del mediastino. Estos tumores se clasifican en benignos (teratoma maduro) y malignos.

La mayoría de los teratomas son maduros, bien diferenciados, bien definidos, encapsulados y contienen áreas quísticas, sólidas o ambas y muy rara vez se malignizan.

Siempre que se sospeche la presencia de un tumor germinal de mediastino corresponde descartar la existencia de un tumor gonadal primitivo o extragonadal retroperitoneal.

El teratoma maduro es en el 60% de los casos asintomático. Cuando los síntomas están presentes, pueden ser debido a compresión, invasión de estructuras adyacentes o infección secundaria, originando disnea, dolor torácico, tos, fiebre, pérdida de peso, síndrome de vena cava superior, disfagia, ortopnea, hemoptisis y rara vez taponamiento cardiaco.

En ocasiones puede estar comunicado con el árbol bronquial, y presentar hemoptisis o tricoptisis, que consiste en la eliminación de pelos en la expectoración. Es más frecuente en la tercera década de la vida, su crecimiento es habitualmente lento, y los valores de los marcadores biológicos, AFP, BHCG y LDH son normales.

El diagnóstico por lo general es casual en una radiografía de rutina.

La radiografía se muestra como una tumoración bien delimitada, de contornos netos, con calcificaciones óseas o dental en el 25% de los casos. En la TAC se pueden observar imágenes quísticas o de diferentes densidades., que corresponden a zonas de grasa, líquido, músculo y otros tejidos componentes del tumor.

Macroscópicamente están bien encapsulados, mostrando una o varias cavidades quísticas. Microscópicamente se pueden hallar tejidos maduros de las tres capas de células germinales.

Los teratomas de mediastino son tratados fundamentalmente mediante cirugía, con resección completa y es el único tratamiento curativo.

Figura 1: Masa lobulada, de gran tamaño, de bordes bien definidos, localizada en mediastino anterior y medio derecho. Se aprecian calcificaciones en su interior.

Bibliografía

1. Ibarra-Pérez C, García J. Guía diagnostico- terapéutico: Tumores y masas del mediastino. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2001; 14(3):172-177.

2. Zisis CH, Rontogianni D, Stratakos G, Voutetakis K, Skevis K, Argiriou M. Teratoma occupying the left hemithorax. World J Surg Onc. 2005; 3:76.

3. Lakhotia S, Kumar R. Benign cystic teratoma of mediastinum. Indian J Surg. 2008; 70 (5): 244-246.

4. Shields TW, Lo Cicero J III, Ponn RB. General thoracic surgery. Overview of primary mediastinal tumors and cysts. 5th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins; 2000. p. 2105-9.