

Quiste mediastínico de origen traumático. presentación de caso clínico

Eduardo Fernández P.⁽¹⁾, Manfred Zink R.⁽¹⁾, Kenneth Guler G.⁽²⁾, Javiera Rojas T.⁽²⁾, Rodolfo Nazar S.⁽²⁾, Waldo Martínez M.⁽²⁾

Resumen

Se presenta el caso de una menor de 16 años atropellada en el mes de Noviembre de 1999. La radiografía simple de tórax reveló una fractura de clavícula derecha, y como hallazgo se encontró una masa mediastínica anterosuperior hacia el lado derecho. Al no poder precisar si se trataba de una lesión preexistente se intervino, extirpándola por videotoracoscopia (VTC) derecha. La paciente evolucionó satisfactoriamente dándose de alta a las 48 horas de postoperada.

Palabras claves: Masa mediastínica, videotoracoscopia (VTC).

Summary

We report the case of a 16 years old female who was driven over in November 1999. The chest radiography showed a right clavicle fracture and an anterosuperior mediastinic mass in the right

side. To state precisely if the lesion was old, the mass was resected by right videothoracoscopic procedure (VTC), with a satisfactory evolution. The discharge was given at 48 hours after the surgery.

Key words: Mediastinic mass, videothoracoscopic procedure (VTC).

Introducción

El mediastino es un compartimento del tórax donde se pueden producir numerosos procesos patológicos, dentro de éstos, los tumores poseen una gran importancia ya que el diagnóstico específico de cada uno de ellos debe realizarse ante un gran número de etiologías. El comportamiento clínico de estos tumores varía desde ser asintomático hasta ser muy invasivo provocando la muerte en un corto período de tiempo. El crecimiento de estos tumores también es variable, pudiendo ser lento o muy acelerado. Por lo general, en el manejo de estas patologías el objetivo es realizar un diagnóstico histológico, con el fin de poder realizar el tratamiento adecuado.

Los tumores se localizan en compartimentos específicos. La ubicación anterosuperior contiene el 54% de los tumores, estando dado por timomas, linfomas, tumores de células germinales y carcinomas prima-

⁽¹⁾Departamento de Cirugía, Unidad de Tórax, Hospital Clínico Universidad de Chile.

⁽²⁾Internos Hospital Clínico Universidad de Chile.

rios; el mediastino medio el 20% dado por quistes pericárdicos y broncogénicos, linfomas, tumores mesenquimatosos y carcinomas primarios; el mediastino posterior el 26% dado por tumores neurogénicos, quistes y tumores mesenquimatosos.

La malignidad está presente en el 25 a 42% de los tumores mediastínicos, siendo más frecuentes en el compartimiento anterosuperior (59%) que en el medio (29%) y en el posterior (16%). Además los tumores malignos predominan proporcionalmente más en la edad adulta que en la niñez.

Los quistes corresponden al 18% del total de masas mediastínicas. Pueden ser broncogénicos, pericárdicos, entéricos, tímicos. El 75% de los pacientes son asintomáticos. Su principal importancia radica en establecer el diagnóstico diferencial con los demás tumores, ya que en casos excepcionales provocan morbilidad.

Caso clínico

Paciente de 16 años atropellada en Noviembre de 1999, con fractura de clavícula derecha. Con buena evolución desde el punto de vista general y asintomática. La radiografía simple de tórax reveló, como hallazgo, una masa mediastínica anterosuperior, hacia el lado derecho, de 5 centímetros de diámetro,

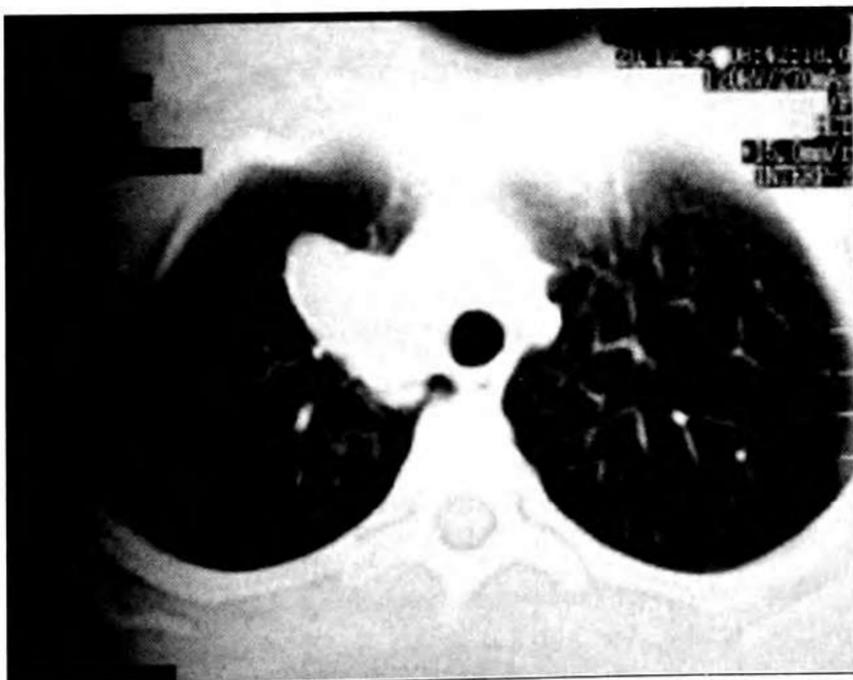


Figura 1: TAC de tórax que muestra masa mediastínica derecha. (Diciembre de 1999)



Figura 2: TAC de tórax al mes de control que no muestra diferencias significativas con el TAC anterior. (Enero del 2000).

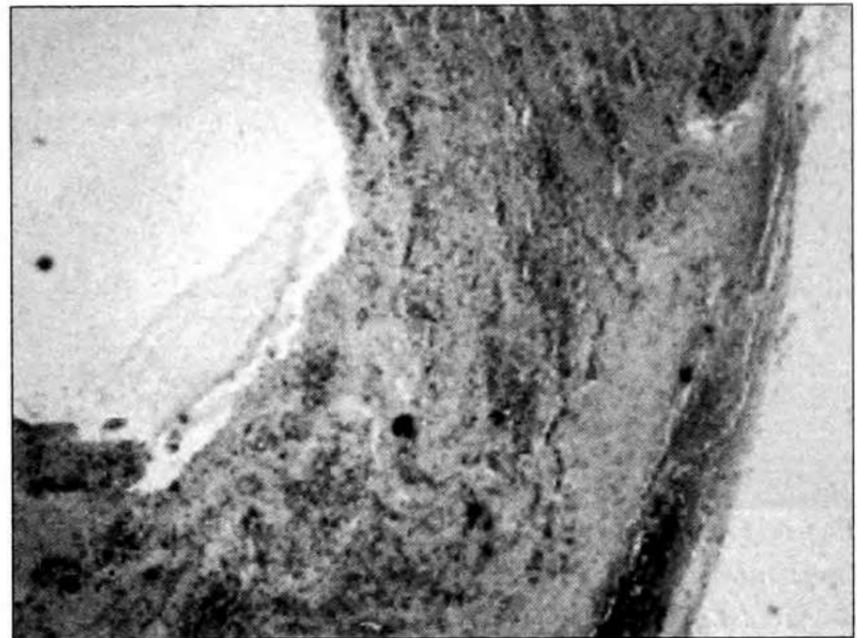


Figura 3: Se identifica pared de lesión quística sin revestimiento epitelial, con extensas zonas de hemorragia y algunos infiltrados linfocitarios focales. Tinción Hematoxilina Eosina 100x

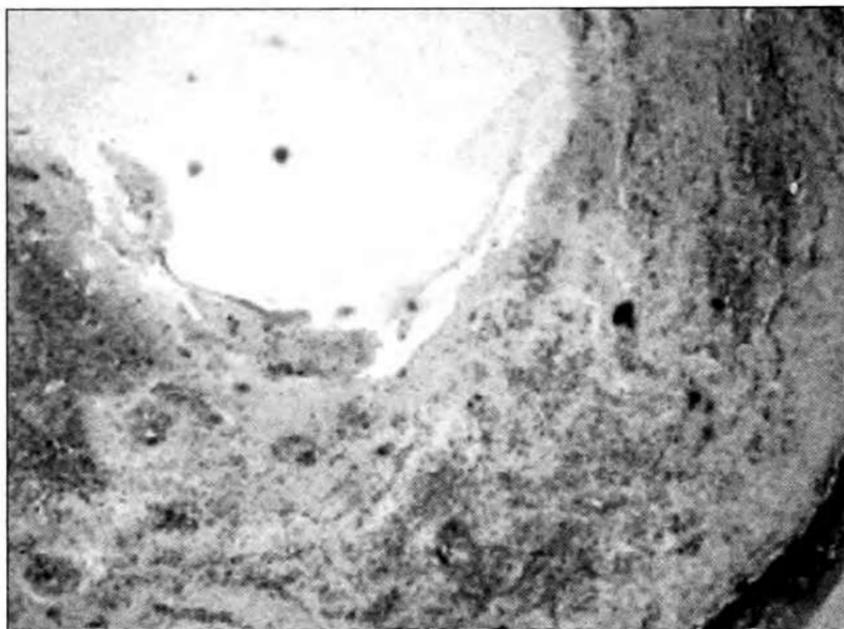


Figura 4: Pared de lesión quística constituida por tejido fibroconjuntivo, con numerosos vasos de paredes gruesas. Tinción Hematoxilina Eosina 100x

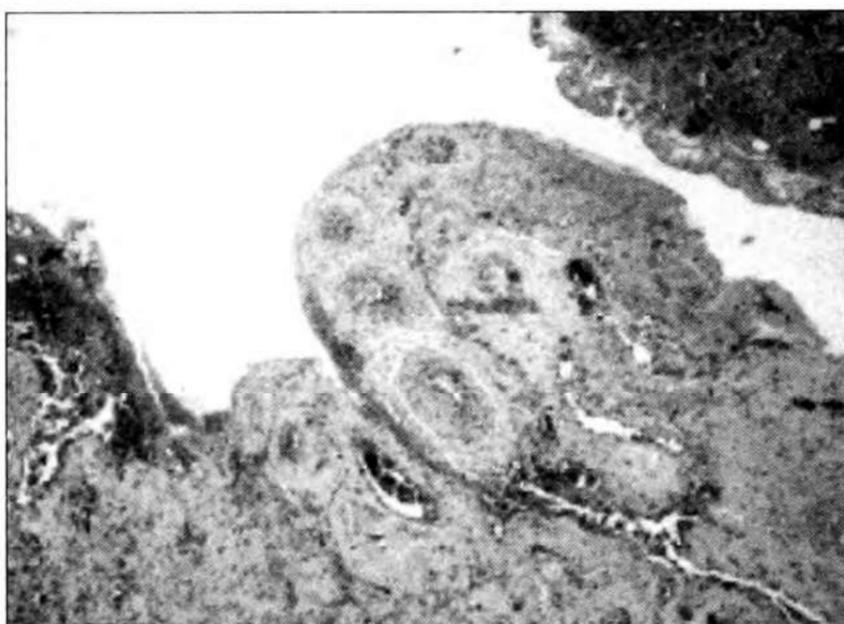


Figura 5: Ampliación de la anterior. Pared de lesión quística constituida por tejido fibroconjuntivo, con numerosos vasos de paredes gruesas. Tinción Hematoxilina Eosina 200x

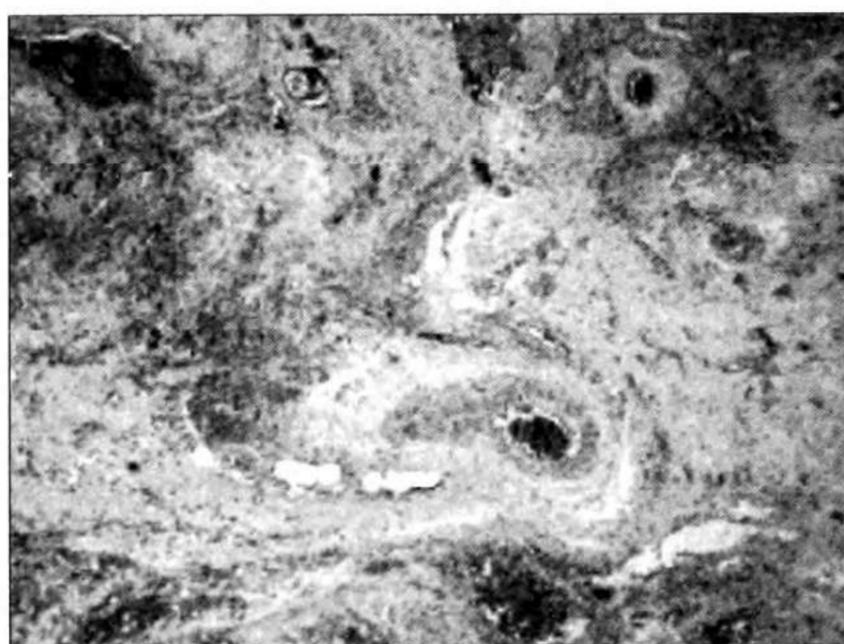


Figura 6: Pared del quiste con extensas zonas de hemorragia, vasos de paredes gruesas y tejido fibroconjuntivo. Tinción Hematoxilina Eosina 100x

La histología reveló un quiste simple con hemosiderina, por lo cual se presume que su origen habría sido traumático. (Figuras 3,4,5 y 6)

Discusión

La actitud frente a los quistes de mediastino es siempre quirúrgica por la necesidad de realizar el diagnóstico histológico de la lesión y porque algunos de estos quistes pueden tener complicaciones como fistulización, infección o vaciamiento de su contenido hacia otras estructuras como, por ejemplo, pericardio, produciendo taponamiento cardíaco y la muerte del paciente.

Frente al caso de esta paciente nos decidimos a intervenirla quirúrgicamente, con una cirugía mínimamente invasiva, como es la videotoracoscopia, por no tener la seguridad de si se trataba de una lesión preexistente o no. El resultado histológico mostró un quiste simple con depósitos de hemosiderina, compatible con quiste mediastínico de origen traumático. En nuestra experiencia, no hemos tenido ningún caso semejante. Revisando la literatura tanto nacional como internacional, no encontramos ningún caso, sólo encontramos descritos hematomas mediastínicos traumáticos secundarios a lesión de aorta.

Podemos concluir en virtud de esta experiencia que ante pacientes con cuadro clínico de similares características, se podría tomar una conducta expectante con seguimiento en un mayor período de tiempo, a través de controles radiológicos seriados. En el caso de observarse disminución de tamaño o desaparición del quiste podría evitarse la cirugía.

Referencias

1. Landrenau RJ; Dowling RD; Cstillo WF; Ferson PF. Thoracoscopic resection of an anterior mediastinal tumor. *Ann Thorac Surg* 1992; 54: 142-4.
2. Landrenau RJ; Dowling RD; Ferson PF. Thoracoscopic resections of a posterior mediastinal neurogenic tumor. *Chest* 1992; 102:1288-90.
3. Hazelrigg SR; Mack MJ; Landrenau RJ. Video-assisted thoracic surgery for mediastinal disease. *Chest surg North Am* 1993; 3: 283-97
4. Kerm JA; Daniel TM; Tribble CC et al. Toracoscopic diagnosis and treatment of mediastinal masses . *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 92-6
5. Roviario GC; Rebuffat C; Varoli F et al. Videothoracoscopic exision of mediastinal masses: indications and technique. *Ann Thorac Surg* 1994; 58: 1679-84.
6. Hazelrigg SR; Landrenau RJ; Mack MJ; Acuff TE. Thoracoscopic resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 659-60.
7. Yim AP. Video-assisted thoracoscopic management of anterior mediastinal masses: preliminar y experience and results. *Surg Endosc* 1995; 9(11):1184-8
8. Yim AP. Video-assisted thoracoscopic resection of anterior medestinal masses. *Int Surg* 1996; 81: 350-3.
9. Demmy TL; Marck SK; Detterleck FC; Kline CG; Kohman LS; DeCamp MM; Wain JC. Multienter VATS: Experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998; 66:187-92.
10. Hazelrigg JR; Dowling RD; Acuff TE; Magel MS; Ferson PF. Video-assisted thoracic surgery: basic technical concept and intercostal approach strategies. *Ann Thorac Sug* 1992; 54: 800-7.
11. Roviario GC; Rebuffat C; Varoli T; Vergani C; Maciocco M; Scalambra JM. Major thoracoscopic operations: pulmonary resections and mediastinal mass excision. *Int Surg* 1996; 81: 354-8
12. Mack MS; Scruggs GR; Kelly KM; Shennit H; Landrenau RS. Video- assisted thoracic surgery: has technology found its place? *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 211-5.
13. Demmy TL ; Marck SK; Detterleck FC; Kline CG; Kohman LS; DeCamp MM; Wain JC. Multienter VATS: experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998; 66:187-92
14. Caruso Enrique S; Vassallo Bartolomé C; Beveraggi Enrique J; Dalurzo Liliana. Quistes y tumores de mediastino: Análisis de 100 observaciones. *Rev. Argent. Cir* 1996; 71: 31-41.
15. Caruso Enrique S. Tumores del mediastino: Resultados de una encuesta argentina sobre 1039 casos. *Rev. Argent. Cir.* 1998; 75: 227-38.
16. Yamashiro S; Iha K; Horikawa Y; Kuniyoshi Y; Koja K. Departament of Surgery, Chubu- Tokusyukai Hospital, Okinawa, Japan. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi*; 1998 46(9): 889-92.