



## CASO PROBLEMA

E. JULIA MOLLA, M. CUBELLS PARRILLA y E. SIFRE MARTINEZ

Servicio de Radiodiagnóstico. Residencia General C.S. La Fe. Valencia.

Paciente de 46 años de edad, a la que con motivo de una revisión se le practicó una radiografía de tórax en la que se observó una tumoración paraaórtica, por lo que fue remitida a nuestro centro para estudio. La clínica era anodina y todas las pruebas analíticas y funcionales eran normales.

En las radiografías de tórax (figs. 1, 2, 3 y 4), practicadas una vez ingresada, se observó una imagen de masa situada en mediastino posterior y superior, de forma ovalada, con un tamaño de 6 × 4 cm y bordes bien definidos. No presentaba ni calcificación, ni cavitación en su interior. No existían alteraciones a nivel óseo, ganglionar ni pleural. Se le practicó un esofagograma (fig. 5) que no demostró alteraciones parietales, ni compresiones extrínsecas. Ante la sospecha de que su origen fuera vascular, se realizó una aortografía que descartó se tratara de un aneurisma de aorta (fig. 6).

El diagnóstico diferencial de las tumoraciones situadas en mediastino posterior incluyen:

- Tumores neurógenos:
  - a) De los nervios periféricos:
    - Neurofibroma
    - Neurolemnoma
  - b) De los ganglios simpáticos:
    - Ganglioneuroma
    - Neuroblastoma
    - Simpaticoblastoma
  - c) De las células paraganglionares:
    - Feocromocitoma
    - Paraganglioma (quemodectoma)
- Meningocele, mielomeningocele
- Quistes neuroentérico y gastroentérico
- Aneurisma de aorta descendente
- Hematopoyesis extramedular
- Adenomegalias: linfoma
- y otros menos frecuentes como el riñón ectópico intratorácico.

Se realizó una toracotomía posterolateral izquierda, por encima del borde superior de la 6.<sup>a</sup>

costilla, encontrándose una tumoración redondeada, de contenido líquido, en la encrucijada retroaórtico prevertebral.

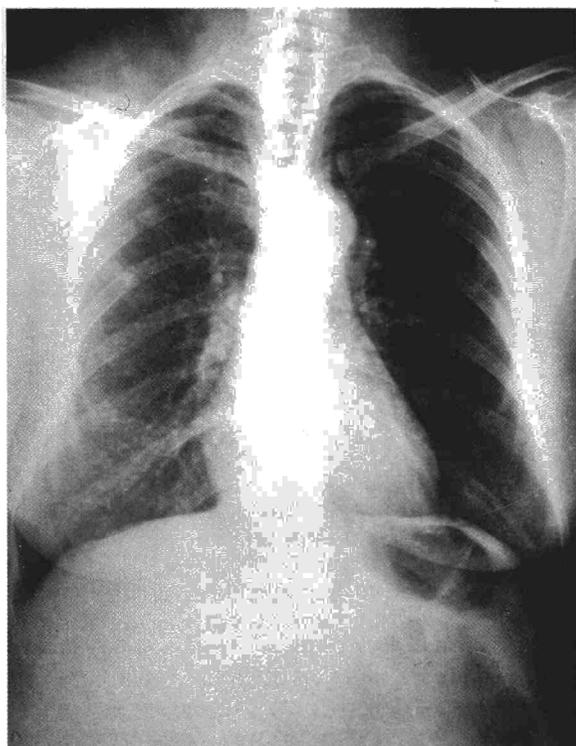
El estudio anatomopatológico de la pieza resultó: «Pared quística recubierta por una capa de células epiteliales de citoplasma cilíndrico-cúbico y núcleos ovalados, que en algunas zonas presenta pseudoestratificación. Está rodeada por tejido conjuntivo hialinizado, fibras musculares, grasa y vasos congénitos, existiendo algunos filetes nerviosos. No existen cuerpos cutáneos, ni epitelio pavimentoso en la pared quística».

El diagnóstico anatomopatológico definitivo fue quiste gastroentérico.

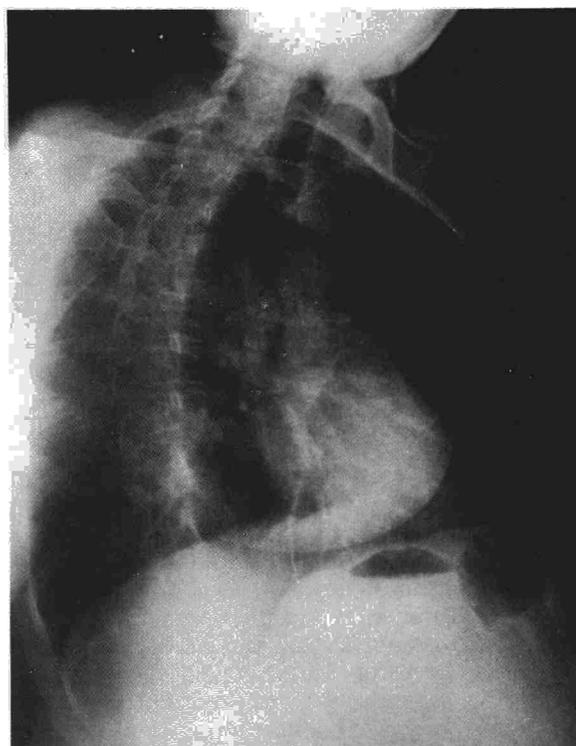
### Discusión

Los quistes gastroentéricos son unas malformaciones congénitas producidas por la separación incompleta de la notocorda respecto del intestino primitivo, con persistencia de un tramo residual, que puede evolucionar desarrollando una formación quística. Reciben distintos nombres, tales como duplicación de esófago, quiste esofágico, quiste enterógeno o quiste gastroentérico.

Desde el punto de vista anatomopatológico, los quistes mediastínicos no están claramente clasificados. Los que están tapizados con mucosa gástrica totalmente o en parte, se consideran como quistes gastroentéricos. Los que contienen cartilago se consideran de origen respiratorio, quistes bronco-génicos. Los que contienen glándulas seromucinosas se consideran de probable origen respiratorio, aunque estas glándulas puedan darse también en el esófago. Los restantes están tapizados por epitelio respiratorio sin otras características, pero no se descarta la posibilidad de que tengan un origen esofágico o en el tracto alimentario primitivo indiferenciado. No suelen estar en comunicación con la luz esofágica, pero pueden estar unidos al esófa-



Figs. 1 y 2. Radiografías posteroanterior y lateral de tórax en las que se aprecia la existencia de una masa mediastínica de situación paraaórtica izquierda posterior.



Figs. 3 y 4. Radiografías oblicuas de tórax en las que la tumoración se sitúa a nivel posterior, sobre aorta descendente, lo que hace sospechar se trate de un aneurisma aórtico.

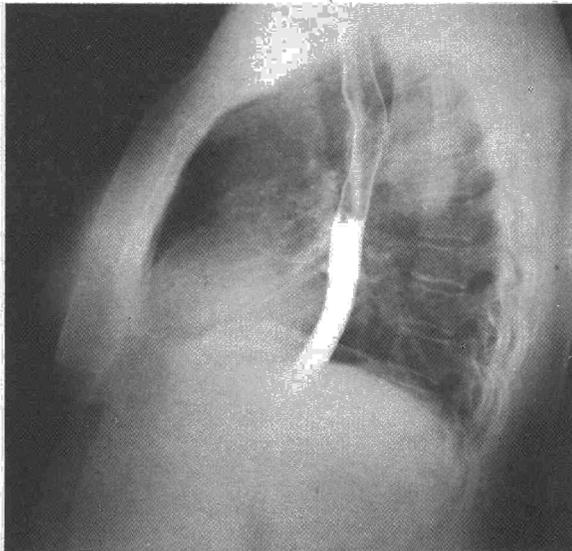
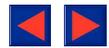


Fig. 5. Esófagograma que muestra un esófago sin alteraciones.

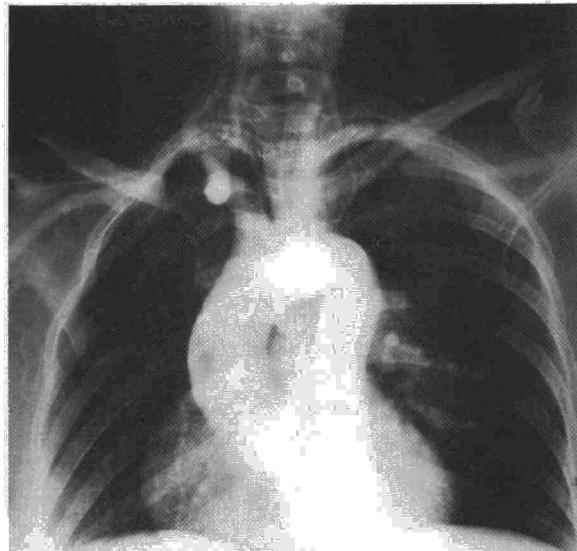


Fig. 6. Aortografía que descarta la existencia de un aneurisma.

go por un tracto fibroso, o estar en contacto íntimo con él (quistes intramurales esofágicos).

Suelen ser asintomáticos, a no ser que, por su gran tamaño, compriman estructuras vecinas o estén comunicados con la luz y se ulceren.

Radiológicamente aparecen como masas únicas, sólidas, homogéneas, de densidad agua, forma redondeada u oval, de tamaño medio o grande, de localización predominante en el lado derecho y en mediastino posterior y superior; cuyos bordes, cuando se ven, están nitidamente dibujados. En el esófagograma pueden mostrarse como una imagen de compresión extrínseca. Se suelen acompañar de anomalías en los cuerpos vertebrales del tipo de hemivértebra, en mariposa o escoliosis, que acostumbra a situarse a nivel más alto que el quiste.

El estudio con la TAC nos habría permitido demostrar la naturaleza quística de la lesión, aunque el estudio anatomopatológico es el único que nos puede dar el diagnóstico definitivo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Boaron M, Zingo L. Un caso di cisti enterogena del mediastino. *Tumori* 1974; 60:185-190.
2. Caffety J. *Pediatric X-ray diagnosis*. Year Book Medical Publishers (Chicago), 1978.
3. Fraser RG, Pare JAP. *Diagnóstico de las enfermedades del tórax*. Salvat Ed Barcelona, 1982.
4. Skandalakis G. *Embryology for surgeons: the embryological basis for the treatment of congenital defects*. WB Saunders CO, Philadelphia, 1972.
5. Heithoff KB et al. Bronchopulmonary foregut malformations. A unifying etiological concept. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1976; 126:46-55.
6. Ochsner JL, Ochsner SF. Congenital cyst of the mediastinum: 20 years experience with 42 cases. *Ann Surg* 1966; 163:909-921.
7. Reed JC, Sobonya RE. Morphologic analysis of foregut cysts in the thorax. *Am J Roentgenol Radium Ther Nucl Med* 1974; 120:851-860.
8. Reed JC, Reeder MM. Middle mediastinal lesion. *JAMA* 1974; 230:891-892.
9. Reedr MM, Felson B. *Gamuts in radiology*. Cincinnati. Audiovisual Radiology of Cincinnati Inc 1975.