

# Los tumores neurógenos de mediastino

Doctor E. Tovar Martín

Si bien estos tumores se hallan fuera del mediastino anatómico, desde un punto de vista quirúrgico interesa su estudio junto a los tumores del mediastino. Su situación es siempre posterior y localizados en el canal costovertebral.

En esta región se hallan alojados muchos elementos nerviosos y cualquiera puede dar lugar a un neuroma, sea cual sea su estructura histológica.

## ANATOMIA PATOLOGICA

Su aspecto macroscópico no permite su diferenciación. Este es, en general, una masa más o menos redondeada, limitada y encapsulada y su tamaño muy variable, si bien pueden ser enormes, dos a tres kilogramos.

El elemento más importante es, sin duda, el pedículo vasculo-nervioso, ya que constituye el eje de la movilización quirúrgica. La masa tumoral puede estar libre o, menos frecuente, adherida a los tejidos vecinos. Su asiento es paravertebral en el 90 por 100 de los casos, si bien excepcionalmente puede tener su origen en los neomogástricos, recurrentes, nervios frénicos o intercostales.

Es interesante señalar los tumores en "Bissac", 10 por 100 aproximadamente, en donde a la masa mediastínica se añade otra intrarraquídea, unidas por un pedículo-vesículo-nervioso.

Esta uniformidad macroscópica contrasta con la variedad histológica, la cual ha sido bien estudiada por Bariéty y Coury y que es la que adoptamos.

a) Neurinomas o Schwannomas, que representan un tercio de los casos y deri-

van de los elementos perinerviosos o de Schwann, con dos formas fundamentales.

1. Forma fibrilar, de estructura densa, con fibras nerviosas numerosas, fusiformes y dispuestas en nódulos, llamados de Verocay.
2. Forma reticular, de estructura más lisa y con degeneración poliúística.
3. La forma maligna es rara.

b) Los neurofibromas son de origen mixto, neuroconjuntivo, constituyen la cuarta parte de los casos y, en ellos, la proliferación conjuntiva encierra fibras nerviosas intactas. La forma maligna la constituye el neurosarcoma.

c) Los ganglioneuromas son tumores en general benignos y su origen está en los ganglios simpáticos, constituyendo la cuarta parte de los tumores neurogénicos.

Están constituidos por células ganglionares multipolares típicas, diseminadas entre un haz de fibras nerviosas. Las formas malignas son los ganglioneuroblastomas, de parecida estructura, pero con elementos menos diseminados, o simpatoblastomas, con pequeñas células linfocitoides de un gran potencial maligno.

d) Los neuromas de origen neurónico. Son neurogliomas constituidos por elementos conjuntivos o de la vaina de Schwann.

e) Los neuromas de origen paraganglionar son benignos o feocromocitomas, raramente mediastínicos, o la forma maligna, feocromoblastomas o melanomas malignos.

f) Los neuromas "Remaniés" son fre-

cuentas con reblandecimiento necrótico, mixomatoso, siendo el más frecuente el neuroxantoma.

En cuanto a la edad, los neurinomas y neurofibromas son habituales del adulto y, en cambio, los tumores de origen simpático, frecuentemente malignos, son habituales en la infancia.

## CLINICA

Los tumores de origen neurógeno son clínicamente latentes en la inmensa mayor parte de los casos y descubiertos en un examen radiológico del tórax. No obstante, pueden dar lugar a signos broncopulmonares, tales como tos, disnea, derrame pleural, de origen nervioso, dolores intercostales, síndrome Claude Bernard Horner y más raramente un síndrome de Pancoast-Tobías.

Los tumores en "Bissac" pueden dar lugar a síntomas de compresión medular, dolores radicales o parapléjicos.

## RADIOLOGIA

Lo más característico es, sin duda, el estudio radiológico y su localización posterior, muy significativa. Se verá una masa redondeada, densa, homogénea, más o menos voluminosa, bien limitada y en contacto inmediato con el raquis. Su inmovilidad o falta de movilidad con los movimientos respiratorios son signos característicos. Las radiografías laterales definen mejor su situación posterior. Las alteraciones óseas es preciso examinarlas, así como la dilatación del agujero de conjunción, provocado por la prolongación intrarquídea del tumor.

La mediastinografía gaseosa, la tomografía, el neumotórax y la endoscopia pleural pueden contribuir a delimitar el diagnóstico, en los casos dudosos.

En el diagnóstico diferencial se tendrán en cuenta los abscesos póticos, los bocios aberrantes, algunos tumores vertebrales, los meningoceles, el megaesófago, etcétera.

De todos modos, el diagnóstico no suele

confirmarse más que en la intervención quirúrgica, pero la suma de datos conduce en general a un diagnóstico cierto.

## EVOLUCION

La evolución de los tumores neurógenos es muy variable, pero dos problemas presiden esta evolución. La posibilidad de degeneración maligna y la compresión a que su crecimiento puede dar lugar. Es por ello que la terapéutica de elección sea la exéresis quirúrgica, fácil en general, aunque puede presentar dificultades en los tumores muy voluminosos.

En cuanto a la relación entre la naturaleza histológica y la evolución clínica, podemos decir lo siguiente:

a) Los neurinomas tienen el riesgo de degeneración maligna y, sobre todo, dan origen, por su volumen, a alteraciones mecánicas.

b) Los ganglioneuromas son extirpados fácilmente y excepcionalmente dan origen a recidivas.

c) Los simpatomas malignos metastatizan con frecuencia en hígado, cráneo, huesos, y estas metástasis pueden presentarse después de la exéresis.

Una excepción a este criterio pueden ser los neurofibromas de la enfermedad de Recklinhausen, y su diagnóstico será advertido por la asociación de nevus pigmentarios, nódulos desarrollados sobre los nervios periféricos y su carácter familiar.

Nuestra experiencia se refiere a 38 tumores de origen neurogénico, confirmados por intervención quirúrgica, lo que representa el 39 por 100 de los tumores de mediastino intervenidos por nosotros. Podemos señalar el carácter predominante en el sexo femenino, 80 por 100, y no hemos tenido que lamentar ninguna complicación valorable en el curso de estas 38 intervenciones.

Un error diagnóstico a señalar. Un aneurisma de la aorta torácica descendente que fue resecado y sustituido por una prótesis de dacron. Nada hizo sospechar que se tratase de un aneurisma. Por su importancia creemos hay que tenerlo en cuenta, para tomar las debidas precauciones.