

Masa paraesofágica del mediastino inferior: diagnóstico diferencial ¿GIST? Leiomioma? Quiste de duplicación? Linfoma? : Caso Clínico

Braghetto I., Lanzarini E., Cardemil G., Maripangui M. Valladares H.

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico "Dr. José J. Aguirre"

Facultad de Medicina, Universidad de Chile

Santos Dument 999, Santiago Chile

Fono: +56229788334

Emial: ibraghet@hcuch.cl

Resumen

El diagnóstico diferencial de las masas mediastínicas postero-inferiores pueden corresponder a masas tumorales primarias o metastásicas, sólidas o quísticas de los órganos de la región, a veces de diagnóstico diferencial difícil.

El objetivo de este artículo es presentar un caso con una masa del mediastino inferior cuyo diagnóstico de imágenes preoperatorias fue dudoso pues ala endoscopia, estudio de tránsito esofagogástrico baritado, tomografía computada y ultrasonografía mostraron una masa que protruye hacia el lumen en esófago distal cubierto de mucosa normal y que produce disfagia leve. Solo mediante acceso laparoscópico se logró confirmar diagnóstico y su tratamiento por vía laparoscópica. Se efectúa revisión bibliográfica sobre el tema. En Chile no hay comunicaciones al respecto.

Conclusión: La cirugía mini-invasiva permite un acceso quirúrgico seguro tanto para el diagnóstico como tratamiento de la patología sólida o quística del mediastino postero inferior..

Palabras claves: mediastino inferior, tumores, quistes, laparoscopia.

Introducción

El diagnóstico diferencial de las masas mediastínicas postero-inferiores pueden corresponder a masas tumorales primarias o metastásicas, lesiones tumorales sólidas o quísticas de los órganos de la región. En general son tumores raros, de escasa incidencia y los reportes en la literatura internacional se refiere a reporte de casos o series con bajos números o que incluyen una miscelánea de lesiones sólido quísticos. (1,2) Muchos de ellos son asintomáticos y en general dan síntomas relacionado al tamaño de la lesión o bien son hallazgos en estudio por imágenes. Con el acceso cada vez mayor de los pacientes a diagnóstico por imágenes estas lesiones han podido ser diagnosticadas en etapas más tempranas de su evolución. Por otra parte el desarrollo de técnicas mini-invasivas ha posibilitado su resección completa par estudio histológico. No hay comunicaciones previas en la literatura nacional sobre esta patología.

El objetivo de este artículo es presentar un caso con una masa del mediastino inferior cuyo diagnóstico diferencial fue inicialmente difícil y se muestra las imágenes preoperatorias y los hallazgos intra-operatorios de una paciente en el cual la endoscopia preoperatoria mostró una masa que protruye hacia el lumen en esófago distal cubierto de mucosa normal cuyo diagnóstico definitivo y tratamiento se realizó mediante abordaje laparoscópico transhiatal.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 45 años sin antecedentes mórbidos previos cuyo estudio se inicia después que consulta por sensación de ocupación y dolor inespecífica retro-esternal y disfagia leve ocasional. El estudio al cual fue sometido esta paciente consistió en :

Endoscopia digestiva alta: que demostró masa extrínseca por encima de la unión gastro-esofágica con caracteres de lesión sub-mucosa sin compromiso de la mucosa, lisa sin lesiones superficiales y cuya biopsia es normal. La endosonografía mostró una lesión quística para esofágica izquierda de más o menos 8 cm de diámetro mayor sugerente de quiste de duplicación esofágica. (Figura 1) El estudio radiológico baritado de esófago, estomago y duodeno con sulfato de bario demostró una masa ubicada entre la unión esófago gástrica y que se hace más evidente durante el paso de bolo baritado hacia el fondo gástrico sugerente de leiomioma o GIST de esa ubicación. (Figura 2)

Por esta razón se sugiere complementar el estudio con una tomografía computada que mostró una masa de contenido líquido en el mediastino inferior hacia posterior izquierda (Figura 3) lo que fue confirmado con una resonancia magnética.

Frente a lo desconcertante de los hallazgos se solicita una tomografía computada de la zona cuyo informe concuerda con la existencia de una lesión dudosa ¿sólida? Quística? de la pared esofágica. De todas maneras se efectuó estudio cardiológico para descartar enfermedad cardiovascular lo que fue normal.

Dado que estas imágenes no fueron concluyentes para un diagnóstico preoperatorio definitivo planteándose diferentes hipótesis diagnóstica. ¿Quiste de duplicación esofágica? ¿leiomioma? ¿Masa de otro tipo? y se indica una abordaje laparoscópico transhiatal para abordar el esófago del mediastino inferior.

Figura 1

Endoscopia y endosonografía que muestra lesión submucosa por encima de la unión gastroesofágica con mucosa lisa e imagen quística al parecer dependiendo de pared esofágica.

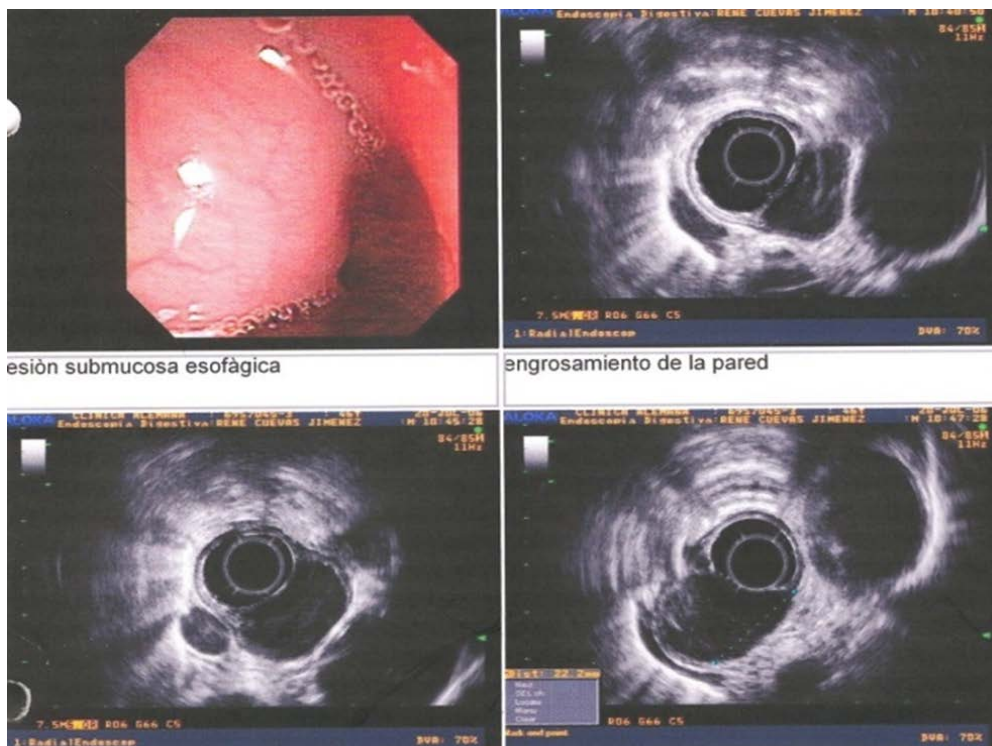


Figura 2

Estudio radiológico baritado mostrando masa a nivel de la unión gastroesfágica y fondo gástrico: sospecha de tumor submucoso

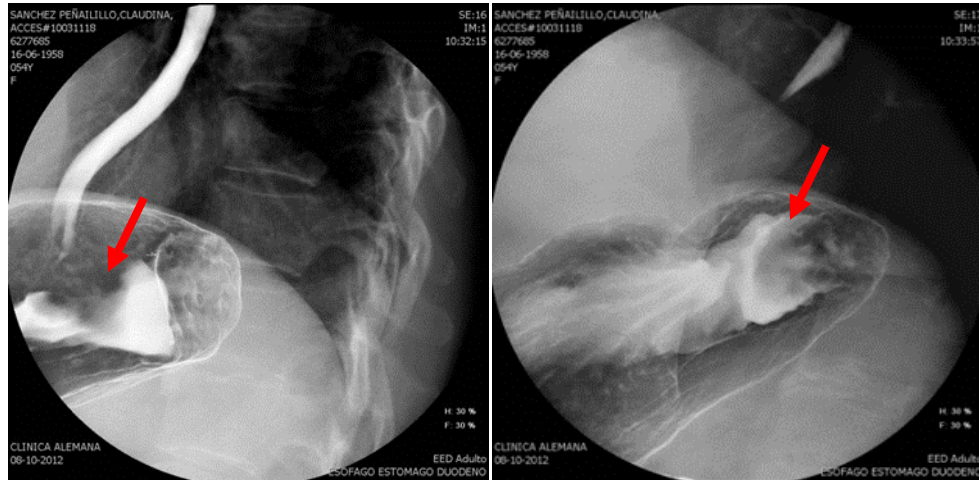
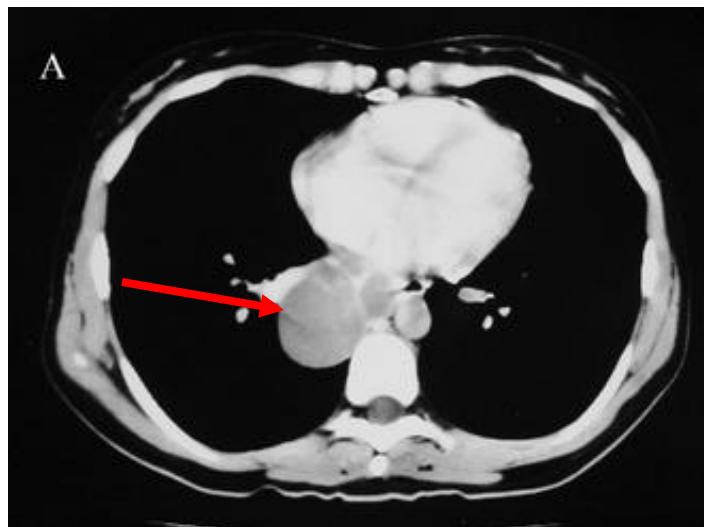


Figura 3

Tomografía computada que muestra masa en mediastino inferior para esofágica



Resultados

Con estos hallazgos la paciente se somete a exploración quirúrgica por vía laparoscópica con los posibles diagnósticos de ¿Quiste de duplicación esofágica? Leiomioma? GIST?? Linfoma mediastínico???

Se practica neumoperitoneo con aguja de Verress de manera habitual y se colocan 5 trocares de trabajo de la misma manera que para cirugía laparoscópica de la unión esófago-gástrica. Se libera ángulo de His, se abre membrana freno esofágica se disecciona esófago abdominal, unión gastroesofágica que son absolutamente normales y se continúa con la disección de los pilares y se accede al esófago del mediastino inferior que también resulta normal sin evidencia de masa dependiente de la pared esofágica aun con endoscopia digestiva alta intraoperatoria que confirma la imagen preoperatoria de lesión extrínseca con mucosa normal. Al continuar disección hacia proximal y lateral izquierda se observa abombamiento de la pleura mediastínica y que al disecar es de consistencia quística de más o menos 10x3x5cm de tamaño (Figura 4) la que se disecciona sin problemas de la pared esofágica y está íntimamente adherida a pleura mediastínica y parénquima pulmonar. Se disecciona y luego se punciona y aspirándose un contenido mucoso espeso de color café verdoso. (Figura 5) Se disecciona en todo su contorno con bisturí ultrasónico comprobando su dependencia de parénquima pulmonar quedando completamente abierta la pleura (Figura 6) la que luego se cierra con puntos de Monocril[®]. El estudio histológico confirma el diagnóstico de quiste de duplicación broncogénico. La evolución postoperatoria fue sin complicaciones.

Figura 4

Lesión quística del mediastino inferior paraesofágica izquierda

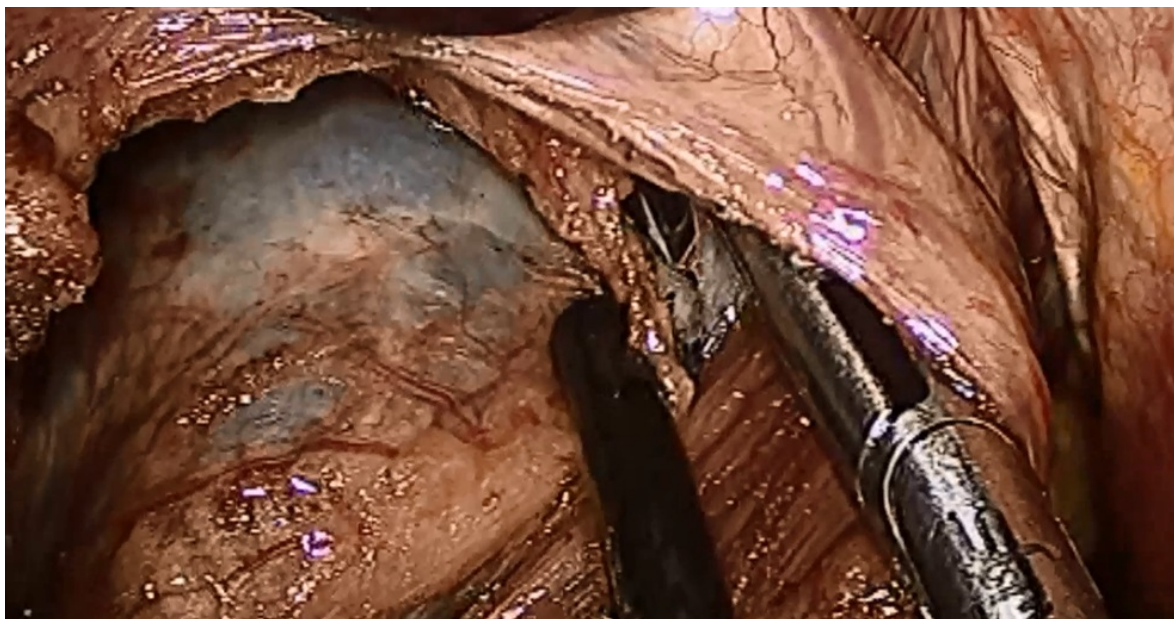


Figura 5

Punción y aspiración del contenido del quiste .

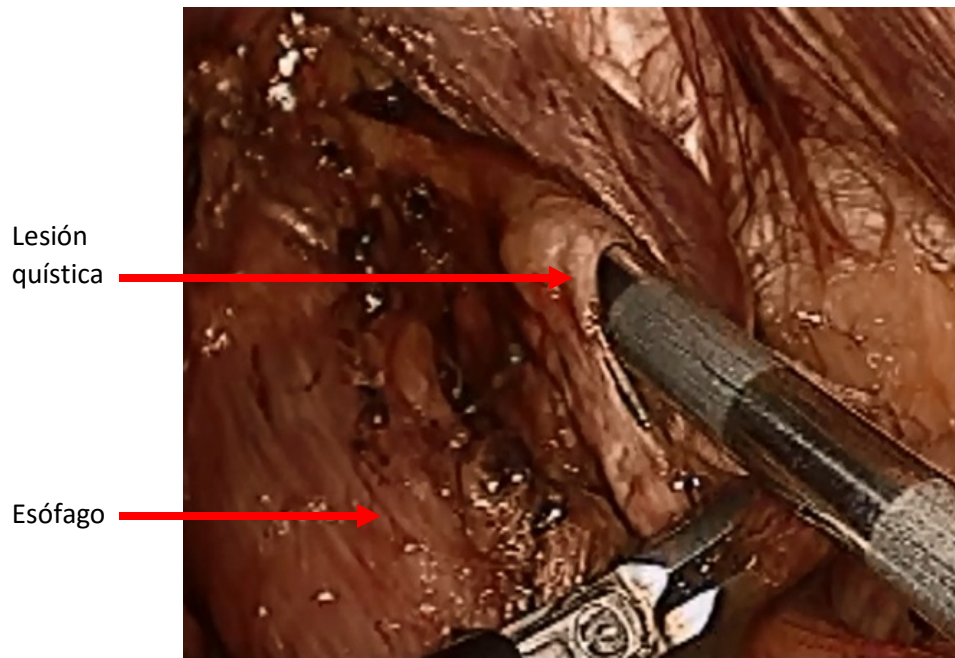
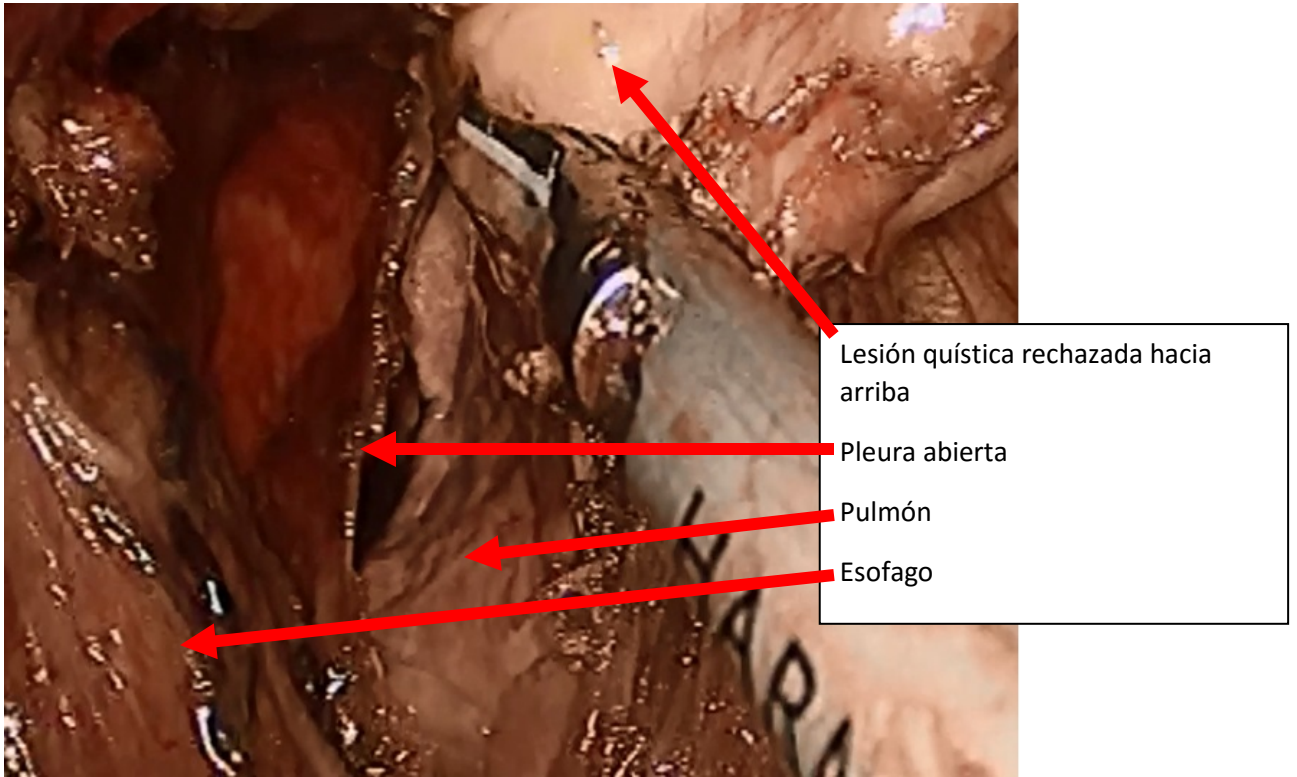


Figura 6

Resección de quiste broncogénico adherido a pleura y pulmón izquierdo.



Discusión

Los compartimentos anatómicos del mediastino se dividen en:

Mediastino anterior

Mediastino medio

Mediastino posterior

EL mediastino postero- inferior puede ser el área de localización de tumores sólidos o quísticos benignos como también tumores malignos metastásicos.

En la Tabla 1 se describen las lesiones que se localizan en el mediastino postero -inferior más frecuentemente descritas Incluso tumores metastásicos de origen germinal, quiste hidatídico o adenocarcinoma mucinoso primario han sido descritos aunque son de extrema rareza.
(3,4,5,6,7,8,)

Tabla 1

Posibles causas de masas localizadas en mediastino inferior

Tumores benignos:	Leiomioma esofágico Tumor estromal esofágico (GIST) Ganglioneuroma Neurofibroma Plasmocitoma Schwanoma Timoma posterior Lipoma de mediastino Linfonodos benignos Tumor fibroso solitario Granuloma tuberculoso
Lesiones quísticas	Quiste Broncogénico Quiste de duplicación esofágica Quiste pleuropericardial Quiste hidatídico mediastinal
Tumores malignos primarios	Linfoma Adenocarcinoma mucinoso primario
Tumores metatasicos :	Linfonodos por cáncer Metastásico Metástasis de tumores germinales

Los tumores neurogénicos son la causa más frecuente de neoplasias del mediastino posterior. La clasificación más sencilla es la que divide los tumores neurogénicos en tumores de las vainas nerviosas (neurofibroma, schwannoma, tumor maligno de las vainas), tumores de las células ganglionares (ganglioneuroma, ganglioneuroblastoma, neuroblastoma indiferenciado), tumores de células paraganglionares (paragangliomas). Distinguir entre schwannomas y neurofibromas solo es posible si son pequeños. Los schwannomas son homogéneos, mientras que los neurofibromas muestran una zona central hipodensa o hipointensa ("target sign"). Una manera de distinguir entre tumores de vainas nerviosas y tumores de células ganglionares es fijarse en el eje mayor de la lesión. Los tumores de las vainas tienen una disposición horizontal, mientras que los tumores de células ganglionares, como siguen las cadenas ganglionares, tienen una disposición vertical. En una experiencia española multicéntrica (4), el diagnóstico definitivo correspondió a 30% tumores malignos y 70% fueron lesiones benignas. En 25 pacientes (39%) se efectuó resección de la lesión: 6 quistes pleuropericardiales, 4 quistes broncogénicos, 8 tumores neurogénicos y otras lesiones benignas. En general las lesiones del mediastino anterior radiológicamente mal definidas la indicación de la exploración quirúrgica es con fines diagnósticos en cambio las lesiones del mediastino póstero-inferior la cirugía se realiza con fines terapéuticos. En esta experiencia el 11% requirió conversión a toracotomía, debido a adherencias pleurales y la tasa de complicaciones fue de 6.3% (4 pacientes) sin mortalidad postoperatoria. La estadía hospitalaria media fue de 2.5 días. En este trabajo se concluye que la cirugía mini-invasiva es útil tanto para el diagnóstico definitivo sino que también como tratamiento de los casos seleccionados dado su presentación clínica.

En el presente artículo se reporta un paciente con un quiste de duplicación broncogénico que son raros especialmente en esa ubicación tratado mediante abordaje mini-invasivo por vía transhiatal dado la localización de la lesión y su evolución fue sin complicaciones

El quiste broncogénico de mediastino rara vez se diagnostican en adultos, por lo tanto, la experiencia quirúrgica se limita particularmente con respecto a la cirugía por vía toracoscópica. Los quistes mediastínicos benignos de origen embrionario son raros surgen de la división anormal del intestino anterior embrionario, dando origen de diversas características de los cuales los más frecuentes son los quistes broncogénicos (50 a 60%). Presentan síntomas en el 30 a 80% de los casos. Los quistes celómicos, forrados por un mesotelio, son el resultado de anomalía embriológica por fusión incompleta celómico mesenquimal. Rara vez sintomáticos, exceptuando los casos de quistes muy grandes, que son principalmente los quistes pleuropericárdicos, que representan el 30% de los quistes mediastínicos. Los quistes tímicos, corresponden al 15% quistes mediastínicos generalmente son asintomáticos. Los linfangiomas quísticos son malformaciones linfáticas congénitas más frecuentes y sintomáticas en niños, en los pacientes de más edad son más frecuentemente adquiridos y asintomáticos.

El diagnóstico se obtiene principalmente gracias a la resonancia. El único tratamiento radical y definitiva es la resección quirúrgica completa del quiste, permitiendo la supresión de los síntomas, se confirma el diagnóstico y se previenen las complicaciones. La resección, generalmente está indicada para todos los quistes sintomáticos, de gran tamaño, incluso asintomáticos y en caso de diagnóstico no confirmado.

La exploración quirúrgica se recomienda para todo tipo de quistes excepción de quistes pleuropericardiales asintomáticos. La cirugía se realiza con frecuencia por videotoracoscopia o asistida por video mini-toracotomía,

En general se acepta que las indicaciones quirúrgicas de los quistes mediastínicos ahora son más frecuentes debido a la mortalidad postoperatoria nula y muy baja tasa de morbilidad gracias a la

cirugía mini-invasiva, ojala en estadios precoces sin esperar a que las complicaciones de las lesiones quísticas puedan asociarse a dificultades intraoperatorias y a riesgos mayores intraoperatorios. (5)

A pesar de las mejoras en las técnicas de imagen, los procedimientos quirúrgicos son a menudo necesarios para diagnosticar y tratar definitivamente masas mediastínicas. con el objetivo de determinar su diagnóstico histológico especialmente en casos de lesiones mal definidas como el caso que nosotros presentamos o en casos de lesiones con sospecha de malignidad(5,6)

En la experiencia de Weber (6) en una serie de 12 pacientes consecutivos de quistes mediastinales de origen broncogénico sometidos a cirugía toracoscópica,, en el 50% el diagnóstico se hizo entre 2 a 22 años previo a la cirugía, En los pacientes asintomáticos en 7 de ellos la cirugía se indicó por crecimiento de la lesión quística o porque los pacientes lo requirieron y en 1 de ellos por sospecha de metástasis. El diagnóstico de los quistes broncogénicos se logra mediante tomografía computarizada en el 83 % y por resonancia magnética en el 100% No se observaron en este estudio signos de infección aguda del quiste y tampoco se observaron complicaciones postoperatorias graves. Los pacientes con cirugía toracoscópica son dados de alta después de una mediana de 5,5 días (rango 4-14 días). La recurrencia es rara a menos que la resección sea incompleta. Teniendo en cuenta la baja conversión y tasa de complicaciones la cirugía toracoscópica asistida por video debería ser la opción terapéutica primaria entre los adultos con quistes broncogénicos mediastínicos sintomáticos. la intervención quirúrgica en pacientes con quistes asintomáticos y sin complicaciones aparece opcional. Otra serie publicada por autores italianos (7) incluyendo 30 pacientes con quistes broncogénicos de mediastino que se sometieron a la operación por vía toracoscópica, de los cuales 11 pacientes (37 %) eran sintomáticos y se concluye además que debido a la baja tasa de complicaciones , la cirugía mininvasiva debe considerarse como la opción terapéutica primaria.

Últimamente con el desarrollo de técnicas robóticas se han ampliado tanto las indicaciones con fines de diagnóstico como de tratamiento de las lesiones quísticas mediastinales. (9,10) En un estudio reciente de Cerfolio (10) incluyendo 153 pacientes sometidos a cirugía robótica por lesiones quísticas del mediastino inferior, reporta que las indicaciones más frecuentes fueron lesiones quísticas esofágicos o broncogénicos, lesiones de los ganglios linfáticos, y leiomioma esofágico lo que da cuenta de las mismas causas y que fueron postulada como hipótesis diagnóstica del caso presentado en este artículo.

La cirugía mini-invasiva permite un acceso quirúrgico seguro tanto para el diagnóstico como tratamiento de la patología sólida o quística del mediastino postero inferior.

Referencias

- 1.- Aydin Y, Ogul H, Turkyilmaz A, Eroglu A. Surgical treatment of mediastinal cysts: report on 29 cases. Acta Chir Belg. 2012;112:281-6.
- 2.- Bastos P, Magalhães A, Fernandes G, Cruz MR, Saleiro S, Gonçalves L, Piñon M. Primary cysts and tumors of the mediastinum. Rev Port Pneumol. 2007;13:659-73.

- 3.- Kabiri el H, Zidane A, Atoini F, Arsalane A, Bellamari H Primary hydatid cyst of the posterior mediastinum.. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2007;15:60-2.
- 4.- Pun YW, Moreno Balsalobre R, Prieto Vicente J, Fernández Fau L. Multicenter experience of video-assisted thoracic surgery to treat mediastinal cysts and tumors. Arch Bronconeumol. 2002;38:410-4.
- 5.- Le Pimpec-Barthes F, Cazes A, Bagan P, Badia A, Vlas C, Hernigou A, Pricopi C, Riquet M. Mediastinal cysts: clinical approach and treatment. Rev Pneumol Clin. 2010;66:52-62.
- 6.- Weber T, Roth TC, Beshay M, Herrmann P, Stein R, Schmid RA. Video-assisted thoracoscopic surgery of mediastinal bronchogenic cysts in adults: a single-center experience. Ann Thorac Surg. 2004;78:987-91.
- 7.- De Giacomo T, Diso D, Anile M, Venuta F, Rolla M, Ricella C, Coloni GF. Thoracoscopic resection of mediastinal bronchogenic cysts in adults. Eur J Cardiothorac Surg. 2009;36:357-9.
- 8.- Tsubochi H, Kaneko K, Sakaguchi H, Shimizu Y, Nitanda H, Yamazaki N, Ishida H. Primary mucinous adenocarcinoma of the posterior mediastinum. Ann Thorac Surg. 2013;95:2159-61.
- 9.- DeRose JJ Jr, Swistel DG, Safavi A, Connery CP, Ashton RC Jr. Mediastinal mass evaluation using advanced robotic techniques. Ann Thorac Surg. 2003;75:571-3.
- 10.- Cerfolio RJ, Bryant AS, Minnich DJ. Operative techniques in robotic thoracic surgery for inferior or posterior mediastinal pathology. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012;143:1138-43.