

Paciente masculino de 62 años de edad con disnea de esfuerzo

FRANCISCO NAVARRO-REYNOSO*
LEÓN GREEN†
CARLOS IBARRA-PÉREZ‡

* *Director General Adjunto Médico. Hospital General de México, SSA.*

† *Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax "Alejandro Celis". Hospital General de México, SSA.*

‡ *Editor Médico, Revista INER. Consultante en Cirugía de Tórax. Trabajo recibido: 08-VIII-2006; aceptado: 17-X-2006*

Masculino de 62 años, tabaquismo de los 22 a los 42 años. Hipertensión arterial sistémica de 10 años de evolución, bien controlado con enalapril. Un cardiólogo le diagnosticó "cardiomegalia" para lo que recibió tratamiento no especificado. Practica regularmente ejercicios con pesas y corre 4 kilómetros tres veces por semana. Consulta porque recientemente notó disnea con el mismo ejercicio que antes no la producía; también desea una segunda opinión porque le propusieron cirugía para una "hernia diafragmática". A la ex-

ploración, TA 130/85, frecuencia cardiaca 72 por minuto, frecuencia respiratoria 22 por minuto, saturación de 87% en reposo al aire ambiente; soplo sistólico aórtico grado II/IV; disminución de movimientos respiratorios, vibraciones vocales y transmisión de la voz, y silencio respiratorio en los dos tercios inferiores del hemitórax izquierdo. Resto de la exploración sin datos. Se tomó una radiografía posteroanterior de tórax (Figura 1).

¿Cuál es su diagnóstico? ¿Qué estudios indica Usted?

289



Figura 1.

Tumor gigante del mediastino

Las determinaciones de α fetoproteína, antígeno carcinoembrionario, fracción β de la gonadotropina coriónica humana, β 2 microglobulina y deshidrogenada láctica fueron normales. Se realizó una biopsia transtorácica con aguja obteniéndose células grasas. La tomografía computada (TC) con medio de contraste evidenció una tumoración de aproximadamente 30 x 28 cm, con densidades muy negativas, que refuerza con el contraste (Figura 2).

La resonancia magnética nuclear (RMN) reportó que la masa mediastinal de intensidad de grasa no invadía el mediastino; parecía tener un pedículo en mediastino medio, no invadía vasos; el diafragma estaba íntegro (Figura 3).

Se practicó toracotomía izquierda, encontrando una masa encapsulada de consistencia y aspecto de grasa, de aproximadamente 30 cm en su eje mayor, con un pedículo de 3.5 cm de diámetro implantado en la grasa pericárdica abajo y adelante del hilio pulmonar, sobre el nervio frénico, con adherencias laxas al mismo pericardio, al pulmón y a la pared torácica. Se disecó cuidadosamente y resecó íntegro (Figura 4); pesó 3.7 kg. Evolucionó sin complicaciones; el resultado histopatológico final fue de lipoma.

DISCUSIÓN

La disnea que presentaba el enfermo se puede explicar por la gran masa ocupativa en el hemitórax izquierdo, que provenía del mediastino; estos grandes tumores, además de ocupar espacio, comprimen, desplazan y/o elongan otras estructuras y tienen el potencial de producir numerosos síndromes¹⁻³.

El diagnóstico del tumor, su tamaño, los órganos desplazados o invadidos y frecuentemente su tipo se puede hacer con los estudios de imagen, en especial TC y RMN; los marcadores tumorales y la edad del paciente pueden ser también de gran utilidad. En nuestro enfermo, el resultado de la punción, motivo de duda en un principio, aunado a las densidades negativas en TC y la imagen de RMN permitieron abordar quirúrgicamente al enfermo con el diagnóstico de lipoma, sin que se hubieran encontrado áreas de malignidad en el estudio cuidadoso que se hizo de la pieza operatoria.

El lipoma se puede encontrar en cualesquier compartimiento del mediastino, lo que se explica porque hay grasa de arriba a abajo y de adelante a atrás del mismo; sin embargo, siendo infrecuentes, se observan un poco más en niños y en



Figura 2A. Reconstrucción en tercera dimensión. Masa mediastinal que desvía el esófago a la derecha, con integridad del diafragma.



Figura 2B. Corte coronal de TC en donde se observa la masa mediastinal que comprime el pulmón izquierdo; el hemidiafragma izquierdo está invertido.



A



B

Figuras 3A y 3B. Resonancia magnética nuclear en donde se demuestra la intensidad de grasa de la masa.

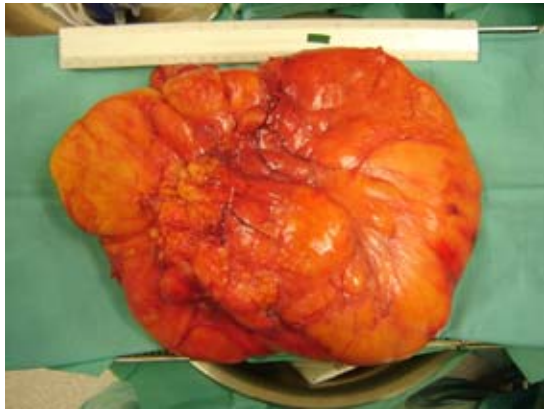


Figura 4. Lipoma mediastinal resecado.

el lado derecho, pudiendo llegar a producir síndrome de vena cava superior^{4,5}.

Los lipomas pueden llegar a alcanzar gran tamaño, siendo uno de los tipos de los que llegan a ocupar 2/3 partes o más de un hemotórax^{1,4}, tumores gigantes (14 casos) que representaron el 10.4% del total de 134 tumores mediastinales vistos en nuestro servicio de enero de 1982 a diciembre de 1996.

Este caso se resolvió satisfactoriamente por toracotomía posterolateral izquierda por el sexto

espacio intercostal, pero también pueden emplearse la esternotomía con extensión lateral o la incisión en valva de ostra^{1,2}; el pronóstico es satisfactorio dada la histología.

REFERENCIAS

1. Navarro-Reynoso F, Lorenzo SJ. Tratamiento quirúrgico de los tumores gigantes del mediastino. *Gac Med Mex* 2001;137:117-124.
2. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J. Tumores del mediastino. En: Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, editores. *Oncología del tórax*. México: UNAM, Coordinación de la Vinculación, PUIS, MA Porrúa; 1999.p.109-140.
3. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, Fernández-Corzo MA. Guía diagnóstico-terapéutica: tumores y masas del mediastino. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex* 2001; 14:172-177.
4. Ibarra-Pérez C. Comentario al trabajo de ingreso: tratamiento quirúrgico de los tumores gigantes del mediastino. *Gac Med Mex* 2001;137:125-126.
5. Ibarra-Pérez C, Kelly-García J. Síndrome de vena cava superior y tumores del tórax. En: Ibarra-Pérez C, Kelly-García J, editores. *Oncología del tórax*. México: UNAM, Coordinación de la Vinculación, PUIS, MA Porrúa; 1999.p.141-148.

Correspondencia:

Dr. Francisco Navarro-Reynoso
Director General Adjunto Médico
Hospital General de México SSA
Dr. Balmis 148, Col. Doctores, Del.
Cuauhtémoc, México, D.F. 06726
Correo electrónico:
miroivo@prodigy.net.mx