Radiografía de tórax

J.A. Caballero[a], M. Esteve[a], O. Morán[a], J. Panadero[a] y C. Cortes[b]
[a]Medicina Familiar y Comunitaria. EAP. Argüelles. Madrid. [b]Radiodiagnóstico. Hospital Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

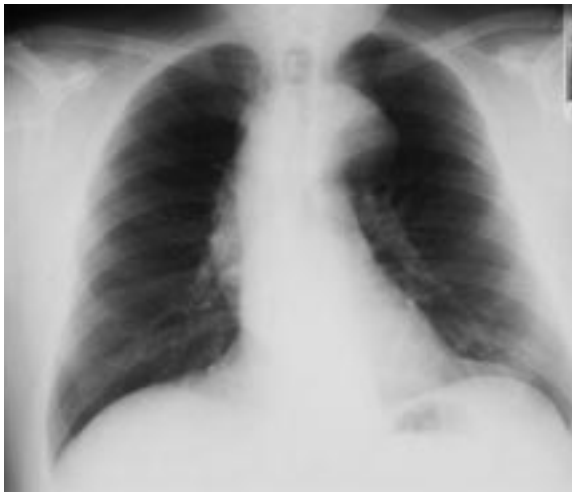

Fig. 1.

Fig. 2.

Caso clínico

Varón de 38 años con antecedentes de hipertensión arterial que acude por tos, expectoración purulenta y fiebre de 39 °C de seis días de evolución. En la auscultación pulmonar no se aprecia ninguna alteración, pero ante la sospecha de infección respiratoria de vías bajas se solicita una radiografía de tórax. En la placa de tórax se aprecia una masa de partes blandas de 8 cm de diámetro en mediastino medio que borra el contorno del cayado aórtico y produce un desplazamiento anterior de la aorta, sugiriendo que se trata de un aneurisma de aorta. Reexplorado el paciente, no se encuentran soplos que puedan hacer sospechar insuficiencia aórtica concomitante, ni tampoco datos sugerentes de un síndrome de Marfan. Se solicita una TAC torácica, que confirma el diagnóstico de aneurisma de aorta torácica.

En atención primaria es importante el hallazgo casual de lesiones asintomáticas cuyo diagnóstico podría evitar complicaciones graves mediante una intervención precoz y el control de los factores de riesgo (en ese caso el control de la hipertensión arterial y el seguimiento prequirúrgico del aneurisma).

Comentario

El diagnóstico diferencial de las masas de mediastino medio se establece en función del área anatómica en las siguientes posibilidades:

Mediastino

Recibe el nombre de mediastino el espacio anatómico que ocupa la parte central del tórax y separa ambas superficies pleuropulmonares. Es un área abierta ampliamente a la región cervical y comunicada con el espacio retroperitoneal. Sus límites son el plastrón o peto esternocostal hacia delante y el raquis hacia atrás. Lateralmente limita con los pliegues de la pleura parietal en la cara interna de los pulmones. La frontera superior es el istmo torácico (una línea imaginaria que pasa por el manubrio esternal y el borde superior de la primera vértebra dorsal). Por último, el diafragma forma la barrera inferior de separación con el abdomen.

Contiene una serie de órganos vitales: corazón, grandes vasos, tráquea, esófago y bronquios principales, además de otras estructuras importantes: conducto torácico, timo, sistema venoso ácigos, nervios y cadenas linfáticas. Esta multiplicidad de órganos y sistemas explica la extraordinaria complejidad de los procesos patológicos que pueden asentar en esta región, si bien es clásico estudiar como patología del mediastino no la de cada estructura, sino la que afecta al espacio mediastínico que sirve de alojamiento a los órganos mencionados.

Felson divide el mediastino en tres compartimientos. La separación del mediastino medio y el anterior vendría impuesta por una línea imaginaria que, pasando por delante de la tráquea, dejara al corazón en el compartimiento anterior; la separación de mediastino medio y posterior sería igualmente una línea que siguiera 1 cm por detrás del borde anterior de los cuerpos vertebrales.

En el mediastino anterior se aloja el timo, los ganglios linfáticos anteriores, el pericardio, el corazón, la venas cavas superior e inferior, las arterias y venas braquicefálicas y las venas pulmonares principales. El mediastino medio contiene la tráquea y los bronquios principales, el esófago, los nervios vagos y recurrentes, el cayado de la aorta y la aorta descendente, los ganglios de las cadenas paratraqueales e hiliares, el conducto torácico y el sistema venoso de los ácigos. El compartimiento posterior sólo contiene el raquis, las uniones costovertebrales y las cadenas simpáticas.

Cualquier lesión en el medistino puede extenderse de un compartimiento a otro, y además un mismo tumor puede originarse en espacios diferentes, por lo cual, a pesar de esta compartimentación, sólo podremos, por probabilidades de frecuencia, acertar la naturaleza de la lesión según la localización de ésta.

Masas de mediastino medio

Las principales posibilidades son:

Adenopatías. Pueden afectar a distintas cadenas ganglionares (paratraqueales, traqueobronquiales, subcarinales, broncopulmonares). Pueden deberse a neoplasia (carcinoma de pulmón metastásico), linfoma (linfoma de Hodgkin), infección (tuberculosis, histoplasmosis, coccidiomicosis) o sarcoidosis.

Carcinoma bronquial. Crecimiento desde un bronquio principal.

Aneurisma de aorta. La TAC con contraste (i.v.) o, si ésta no es posible, la aortografía son diagnósticas. El anillo de calcificación periférico es un signo útil si está presente.

Quiste broncogénico. Puede ser redondo u oval, homogéneo, de densidad agua con bordes bien definidos. Puede haber obstrucción de la vía aérea e infección secundaria, bien en el quiste o bien en el pulmón adyacente. La comunicación con el árbol traqueobronquial, resultando una cavidad con nivel, no es frecuente. Según su localización, se han definido cuatro grupos:

a) Quistes paratraqueales: están unidos a la pared traqueal por encima de la carina.

b) Quistes carinales: son los más frecuentes y están relacionados con la carina y a veces con la pared esofágica anterior.

c) Quistes hiliares: están unidos un bronquio lobar y parecen intrapulmonares.

d) Quistes paraesofágicos: pueden estar unida o comunicados con el esófago, pero no tienen conexión con el árbol bronquial.

Bibliografía general

Felson B. Radiología torácica. 2.ª ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982; p. 95-6.
Fishman AP. Pulmonary diseases and disorders. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, 1988.
Fraser RJ, Pare JA. Diagnosis of diseases of the chest. 3rd ed. 1988.
Reed DH. The changing mediastinum. Br J Radiology 1988;61: 695-6.
Saunders Sutton D. Texbook of radiology and imaging 3rd ed. 1980 chaps 11-21.
Villamor Leon J. Neumología, 5.ª ed. Madrid: Pregrado. Luzán, 1988.