

PATOLOGÍA DEL MEDIASTINO POSTERIOR EVALUACIÓN POR TCMD

Autores: Ramos Avalos J. F., Larrañaga N., Espil G.,
Polanco V. Kozima S.

Servicio de Diagnóstico por Imágenes.
Hospital General De Agudos Dr. Cosme Argerich
(C.A.B.A.)

MAIL ramosavalosjosefederico@gmail.com



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Realizar una revisión de las patologías que afectan el mediastino posterior y sus hallazgos imagenológicos en TCMD.

REVISIÓN DE TEMA

El mediastino es un espacio centrotorácico delimitado hacia delante por el esternón, por detrás por la columna vertebral y lateralmente por sus respectivos pulmones, como límite superior presenta el opérculo torácico y como límite inferior el diafragma. Este a su vez se encuentra subdividido por distintos autores para su estudio tanto anatomopatológico y/o quirúrgico.

Utilizaremos la subdivisión de Felson para determinar los límite del mediastino posterior, el cual se encuentra posterior al pericardio y los grandes vasos, anterior a la columna vertebral y ambos parénquimas pulmonares a los costados, presentando como contenido: el esófago, la aorta descendente, la vena ácidos y hemiacidos, el conducto torácico, la cadena simpática, los ganglios linfáticos y el tejido graso.

El mediastino posterior presenta múltiples órganos, convirtiendo a la TCMD en una herramienta fundamental para su correcta evaluación, la cual permite tanto localizar como caracterizar las lesiones, su relación anatómica con estructuras adyacentes y la administración de contraste EV posibilita adquirir más información.

REVISIÓN DE TEMA

Diverticulos Esofagicos

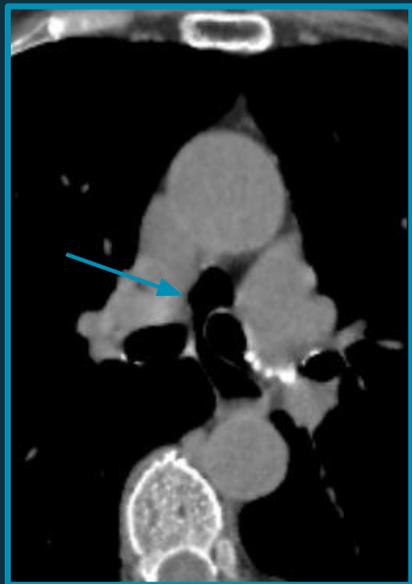


Fig. 1 y 2.

TCMD sin contraste EV, cortes sagital y axial. Divertículo esofágico anterior, de contenido aéreo en tercio medio.

Hallazgo frecuente. Corresponden habitualmente a evaginaciones de la mucosa y submucosa por una zona de debilidad muscular.

Pueden ser

- congénitos o adquiridos,
- por pulsión o tracción
- Anatomico, superior, medio inferior

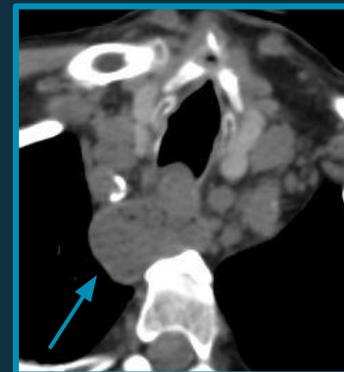


Fig. 3.

TCMD, con contraste EV, corte axial. Divertículo posterior, de contenido alimenticio, en tercio superior.

REVISIÓN DE TEMA

Perforación Esofágica

Emergencia con elevada tasa de morbilidad y mortalidad.
Pueden presentar hallazgos sutiles en los cuales se debe tener alta sospecha diagnóstica.
Mayor porcentaje debido a iatrogenia, otras causas son traumas, cuerpos extraños e ingestión de cáusticos.

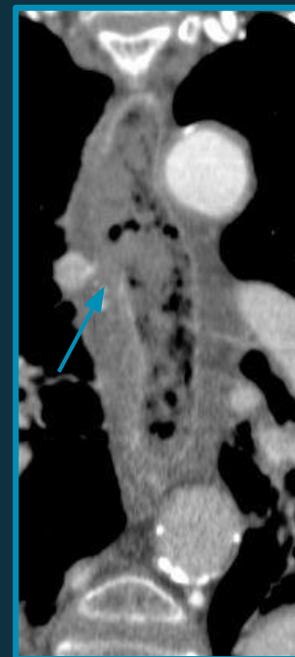
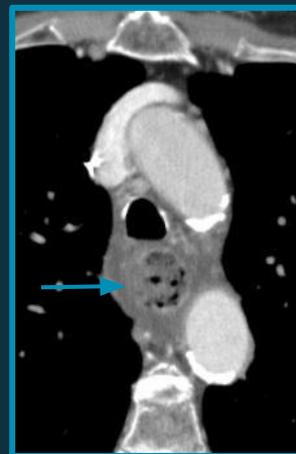
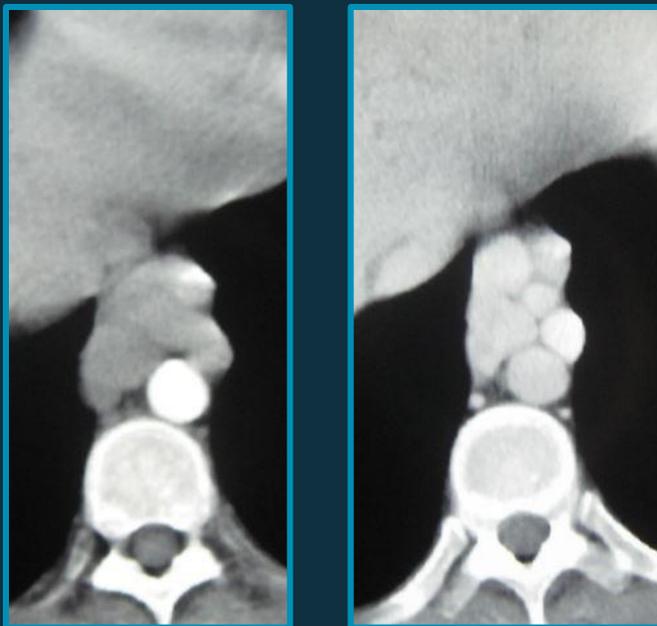


Fig. 1 y 2.

TCMD con contraste EV, cortes axial y coronal. Esófago dilatado, de contenido alimenticio, con solución de continuidad en su pared, con líquido mediastinal y rarefacción de los planos grasos.

REVISIÓN DE TEMA

Várices Esofágicas



Se observan mayormente en pacientes con antecedentes de hipertensión portal (colaterales porto-sistémicas). Pueden ser asintomáticas y debutar con hemorragia digestiva alta.

Fig. 1 y 2.

TCMD con y sin contraste EV cortes axiales. Múltiples estructuras tubulares en topografía esofágica, las cuales realzan ante la administración de contraste en fase venosa.

REVISIÓN DE TEMA

Leiomioma esofágico

Tumor benigno del esófago más común. La mayoría se desarrollan en el tercio inferior.

Dependen de la muscular propia y se presenta como una masa intramural única ovalada, concéntrica, en herradura o espiral rodeando al esófago

Pacientes se presentan con disfagia progresiva.

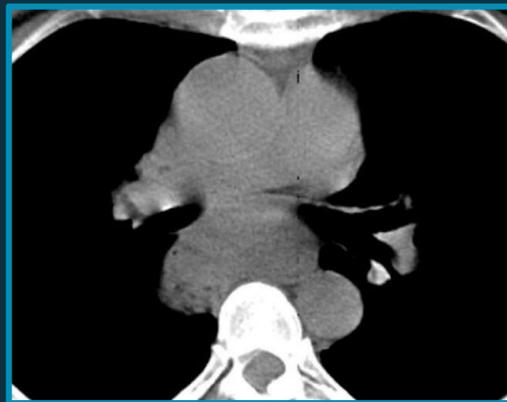


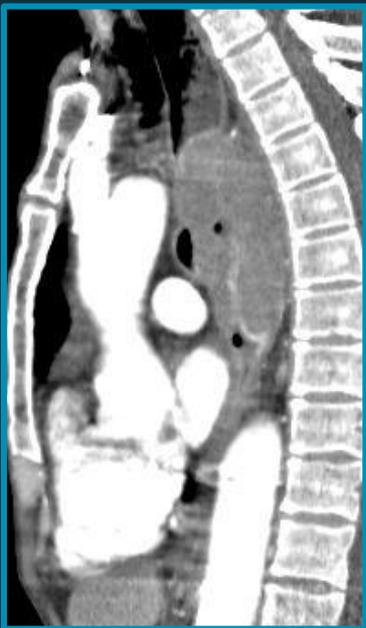
Fig. 1 y 2.

TCMD sin contraste EV. Imagen con densidad de partes blandas de origen esofágico.

Radiografía contrastada, puede visualizarse los bordes definidos de ángulos obtusos.

REVISIÓN DE TEMA

Cáncer de Esófago



Tumor de comportamiento agresivo que suele diagnosticarse en etapas avanzadas. La falta de serosa esofágica predispone a la rápida infiltración de tejidos adyacentes. 90% de los casos son carcinomas epidermoides y adenocarcinomas

Fig. 1 y 2.

TCMD con contraste EV, cortes sagital y axial. Formación heterogénea, con densidad de partes blandas, que disminuye la luz esofágica, infiltra estructuras adyacentes y realza ante la administración de contraste EV.

REVISIÓN DE TEMA

Disección de Aorta

Su incidencia va en aumento debido al envejecimiento de la población. Hay un desgarro de la íntima generando un canal paralelo al lumen natural del vaso llamado lumen falso. En ausencia de complicaciones el tratamiento puede ser médico. Si se complica puede comprimir el lumen verdadero, obstruir el nacimiento de ramas de la aorta o sufrir ruptura.

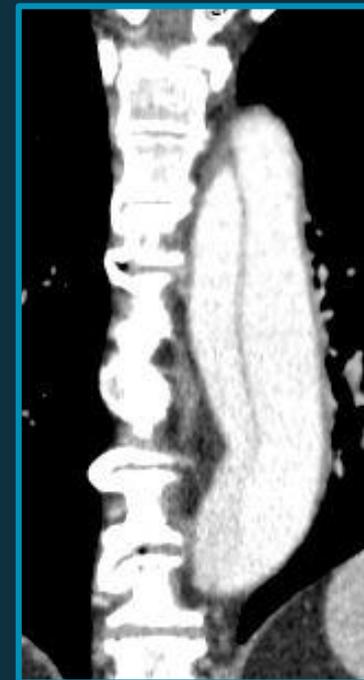
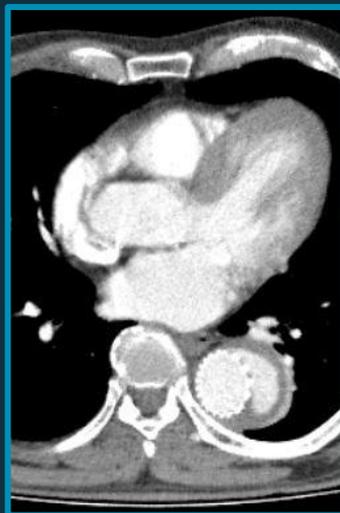
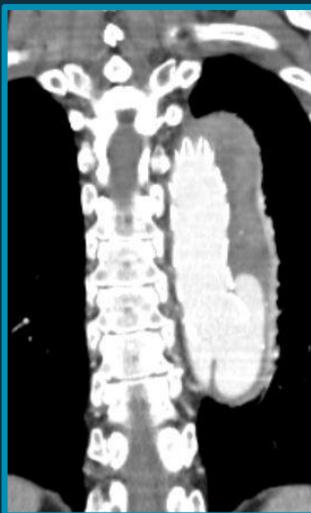


Fig. 1 y 2.

TCMD con contraste EV, cortes axial y coronal. Aneurisma disecante de aorta tipo B, observándose la luz verdadera y falsa y las distintas densidades ante la administración de contraste EV.

REVISIÓN DE TEMA

Fuga endoleak aórtico



Es definida como la persistencia de flujo hacia el falso lumen.

Existen 3 tipos:

- Originada en el sitio de anclaje
- Producto de las ramas tratadas
- Por falla estructural de la endoprótesis.

Fig. 1 y 2.

TCMD cortes coronales y axiales. Paciente con antecedente de aneurisma tratado quirúrgicamente. Se observa fuga de contraste EV en extremo distal de stent.

REVISIÓN DE TEMA

Hematopoyesis Extramedular

Se da producto de la eritropoyesis ineficaz. Normalmente suele ubicarse en hígado, y bazo.

Se asocia a paciente con anemia crónica, linfomas, mielofibrosis o hemoglobinopatías.

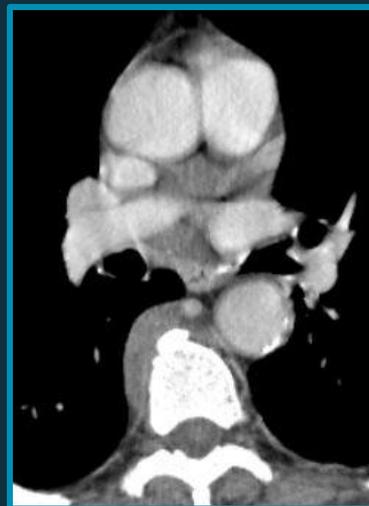


Fig. 1 y 2.

TCMD con contraste EV, cortes axiales y coroneales.
Masa paravertebral unilateral de márgenes definidos, con densidad de partes blandas.

REVISIÓN DE TEMA

Mediastinitis

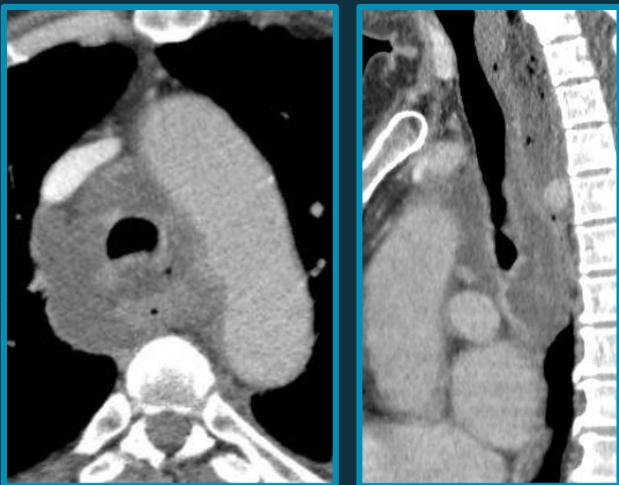


Fig. 1 y 2.

TCMD con contraste EV, cortes axial y sagital. Aumento de la del espesor y rarefacción de los tejidos prevertebrales, asociado a neumomediastino. Se observa subclavía derecha retroesofágica aberrante. Paciente con antecedente de procedimiento odontológico.

Cuadro de elevada morbilidad y mortalidad, con rápida progresión. Se asocian frecuentemente a traumas, perforación esofágica o ser consecuencia de una progresión de una infección en la región oral, cervical a través del espacio peligroso.



Fig. 3.

TCMD con contraste EV, corte coronal. Mismo paciente postquirúrgico, múltiples drenajes en mediastino.

REVISIÓN DE TEMA

Schwannoma

Los schwannomas son tumores benignos de las células de Schwann y son los tumores más comunes de los nervios periféricos.

Existen dos picos de presentación, uno en la niñez y otro en la 5ta-6ta década de vida, sin predilección por los sexos.

Tienen crecimiento lento y pueden aparecer como hallazgos en una radiografía.

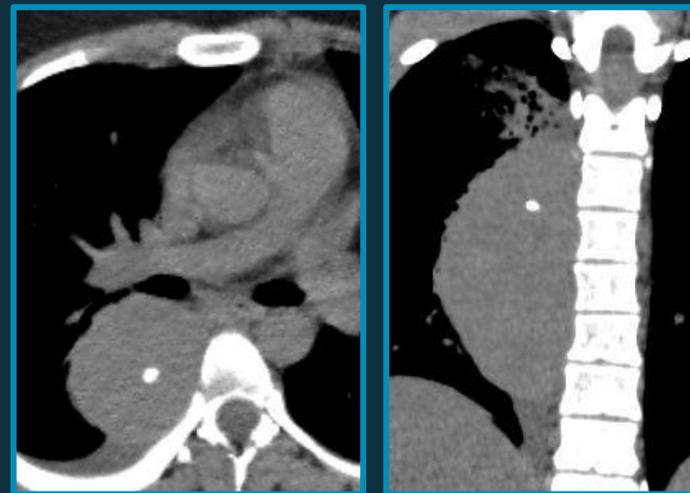
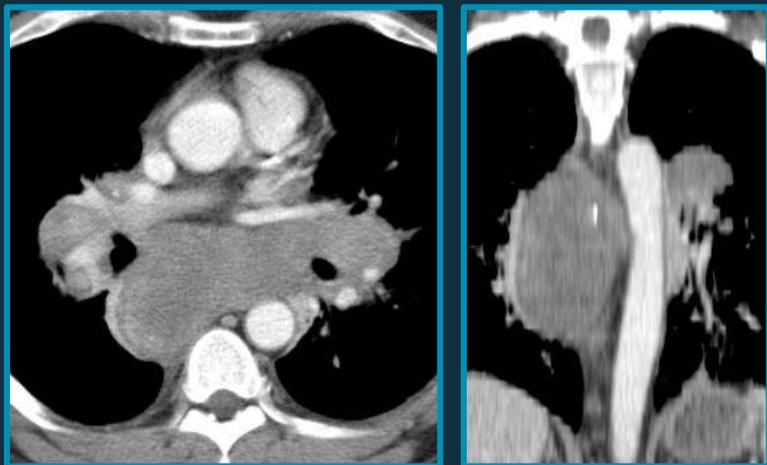


Fig. 1 y 2.

TCMD sin contraste EV, cortes axial y coronal. Masa ovoidea con densidad de partes blandas, de bordes definidos y ángulos obtusos, heterogénea con aislada calcificación, que desplaza parenquima pulmonar.

REVISIÓN DE TEMA

Adenopatias Mediastinales (Linfoma)



El espectro de enfermedades que pueden generar adenopatías es muy amplio y a veces son hallazgos inespecíficos. Los antecedentes personales así como también la clínica son fundamentales. Entre las causas malignas se consideran metástasis o linfoma y dentro de las benignas infecciones (micobacterias u hongos) y sarcoidosis.

Fig. 1 y 2.

TCMD cortes axial y coronal. Múltiples imágenes adenomegálicas, mediastinales e hiliares que conforman conglomerados, y realzan ante la administración de contraste EV.

CONCLUSIONES

El mediastino posterior es considerado un espacio de relativa complejidad, siendo el conocimiento de la anatomía tomográfica, de gran relevancia para el radiólogo.

Es un espacio en el cual confluyen múltiples subespecialidades, como así también patologías agudas y crónicas.

La TCMD es un estudio sensible que brinda información de calidad al especialista para la aproximación a un diagnóstico correcto.

BIBLIOGRAFÍA

Imágenes en divertículos del tubo digestivo: Localizaciones infrecuentes. Serie de casos. Carolina Whittle, Giancarlo Schiappacasse, Ema Leal, Gerhard Franz, Daniel Hasson, Ignacio Maldonado, Claudio Cortes A3. Revista Chilena de Radiología (2018).

Leiomioma esofágico: resección por videotoracosopia. A propósito de un caso. W. Torre Buxalleu, A. Tamura Ezcurra, A. Fernández Jou. Anales Sistema Sanitario Navarra vol.35 no.2 Pamplona (2012).

Cáncer de esófago: particularidades anatómicas, estadificación y técnicas de imagen. J. Encinas de la Iglesia, M.A. Corral de la Calle, G.C. Fernández Pérez, R. Ruano Pérez, A. Álvarez Delgado. Radiología Volumen 58 N5. Paginas 352-365 (2016)

Masas mediastínicas M.M. Caballero Sánchez y C. Cinesi Gómez. SEMERGEN Volumen 29(11): Paginas 573-6 (2003)

Protocolo diagnóstico y terapéutico de los aneurismas de la aorta torácica. Francisco S Lozano-Sánchez, José A Torres-Hernández, José A Carnicero-Martínez, Roberto Salvador Calvo. Angiología. Vol.74 no.5 Madrid (2022).

Schwannomas mediastinales. Comunicación de casos y revisión de la literatura. Oliver Albores Zuñiga. Julio Ramirez Bollas. Revista del instituto nacional de enfermedades respiratorias. Vol 17. 256 – 260. México (2004)

Características radiológicas de la hematopoyesis extramedular. A propósito de un caso. Pilar Márquez Sánchez, Francisco M Páez Codeso María Carmen Fernández Marín. Revista argentina de radiología. vol.83 no.4 Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2019)

Adenopatías mediastínicas. Espectro patológico y claves diagnósticas. Pablo Naval Baudín, Elena Carreño García, Gemma Solana Tubau, Joana Valcárcel José, Iván Camilo García Duitama, Francisca Martínez Torrens. SERAM (2018).