



CADI2018

CONGRESO ARGENTINO DE DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES



Fleni

# “MEDIASTINO POSTERIOR: UNA REGIÓN POCO ESTUDIADA”

## Autores:

Javier Lombardero

Gabriela Matzke

Sofía Sceppacuercia

Paula Rodríguez

Agustín Andrés Mestroni

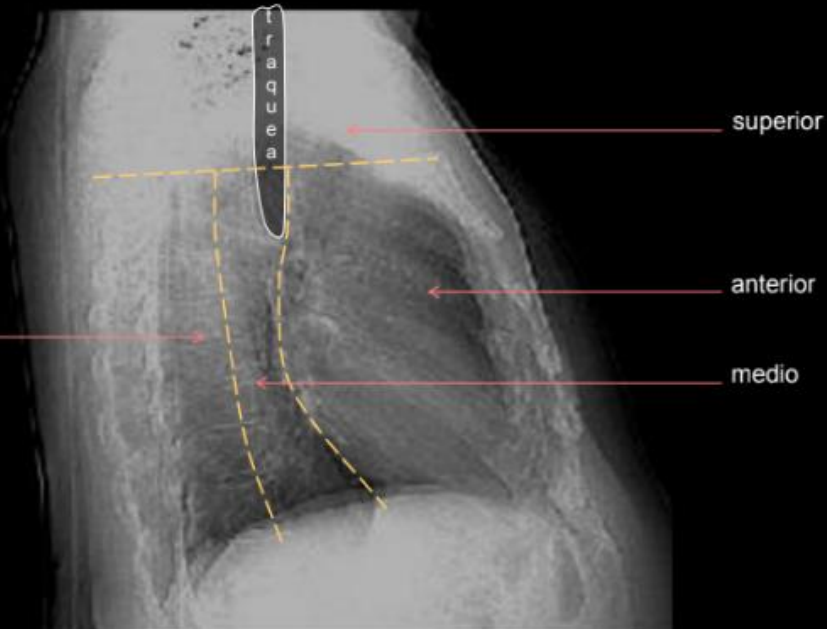
Claudia Cejas

## *Objetivos:*

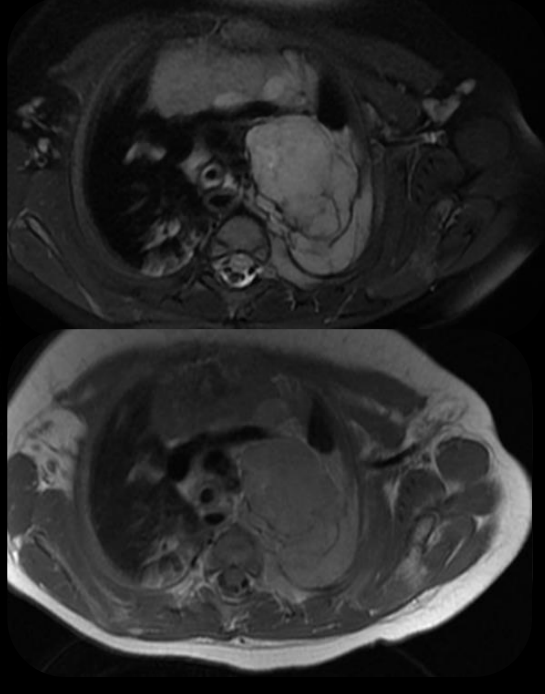
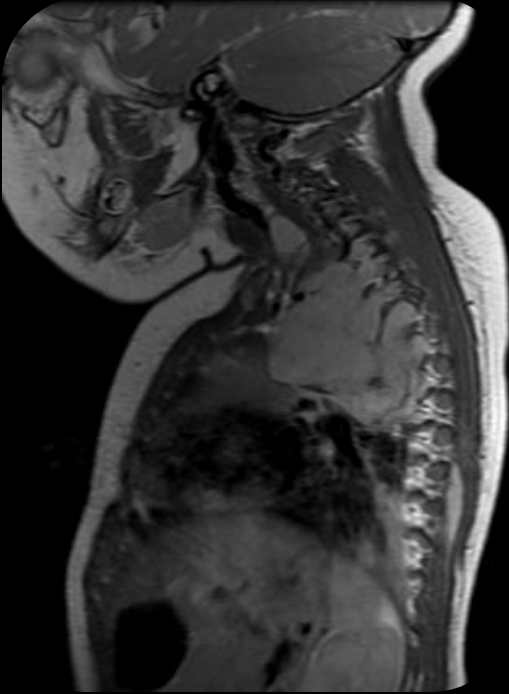
- Breve revisión de la patología que involucra a estructuras del *mediastino posterior*.
- Ilustrar con casos de nuestra institución.

## Revisión del tema:

- El mediastino es una región anatómica dentro de la cavidad torácica que **se extiende céfalo-caudalmente desde la entrada torácica hasta el diafragma**.
- Está **delimitado anteriormente por el esternón, posteriormente por la columna vertebral y lateralmente por la pleura parietal**.
- Se subdivide clásicamente en superior, anterior, medio y **posterior**.



- El **mediastino posterior** es el espacio *ubicado por detrás de la cara posterior del pericardio y por arriba del diafragma.*
- Es una región anatómica que **contiene diversas estructuras**: la aorta torácica descendente, el esófago, las venas ácigos y hemiácigos, ganglios linfáticos y el conducto torácico, tejido adiposo y nervios, sobre la base de las cuales se pueden encontrar una **gran variedad de patologías.**
- Aunque **la mayoría de las masas en el mediastino posterior son de naturaleza neurogénica**, no es infrecuente visualizar linfadenopatías, tumores esofágicos, masas lipomatosas, disecciones aórticas y hernias diafragmáticas entre otras, sin olvidar aquellas afecciones extra-torácicas que se extienden a esta zona.



Paciente masculino 10 años.

Voluminosa formación en topografía del mediastino posterior izquierdo que se extiende hacia neuroforámenes de la columna cervicodorsal homolateral, los planos cervicales anteriores, timo y colapsa el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Presenta bordes polilobulados y señal intermedia/hiperintensa en todas las secuencias, con discreto refuerzo postcontraste.

**DX: NEUROBLASTOMA.**

### **TUMORES NEUROGENICOS:**

➤ Representan más del 60 por ciento de las masas mediastínicas posteriores. Se clasifican según su célula de origen neuronal:

#### •Lesiones benignas:

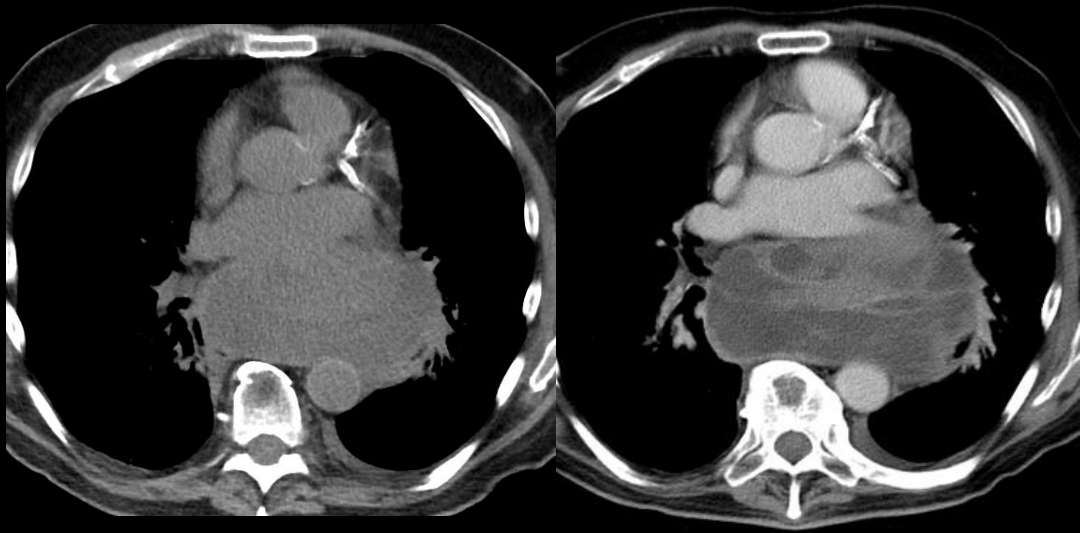
-*Schwannomas* y *Neurofibromas* (90%) surgen de la envoltura del nervio intercostal.

-*Ganglioneuromas* surgen de los ganglios simpáticos y son más comunes en adultos jóvenes. Las lesiones que surgen de las células paraganglionares incluyen feocromocitomas y paragangliomas.

#### •Lesiones malignas:

-*Neuroblastomas* y *Ganglioneuroblastomas* se presentan con mayor frecuencia en niños y se originan en los ganglios simpáticos.

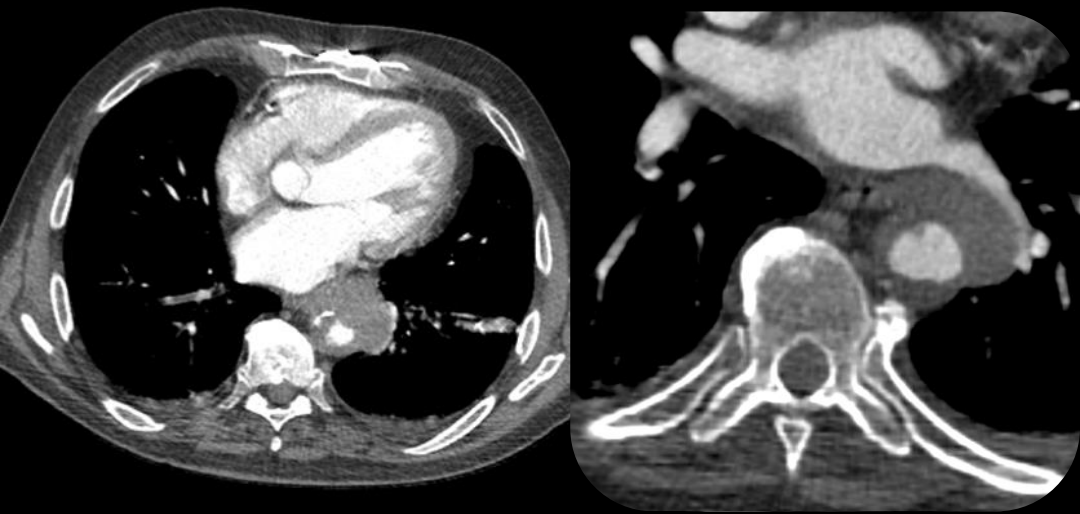
N° 796



Paciente masculino 54 años.

Lesión en mediastino posterior de densidad y realce heterogéneo postcontraste con áreas sugestivas de necrosis en su interior.

**DX: TUMOR FIBROSO SOLITARIO.**

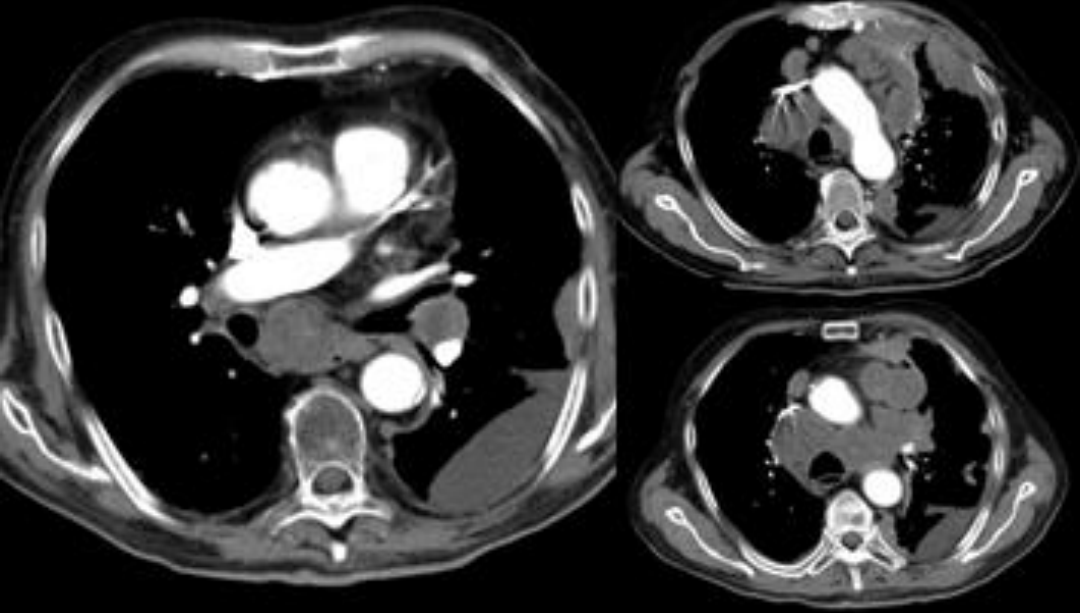


Paciente masculino 74 años.

Masa de tejidos blandos en mediastino posterior izquierdo sin realce tras la administración de contraste endovenoso.

-Toma íntimo contacto/envuelve a la aorta descendente e impronta sobre la vena pulmonar inferior, y esófago.

**DX: TUMOR MESENQUIMATICO FUSOCELULAR.**



Paciente femenina de 69 años.

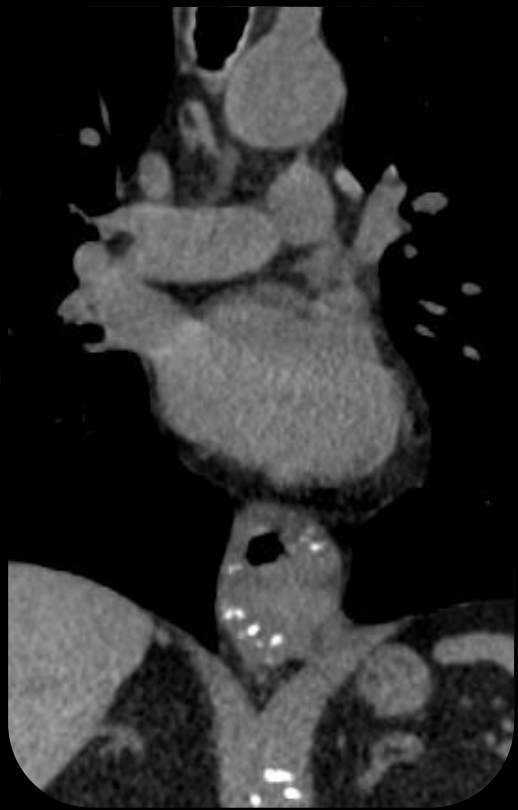
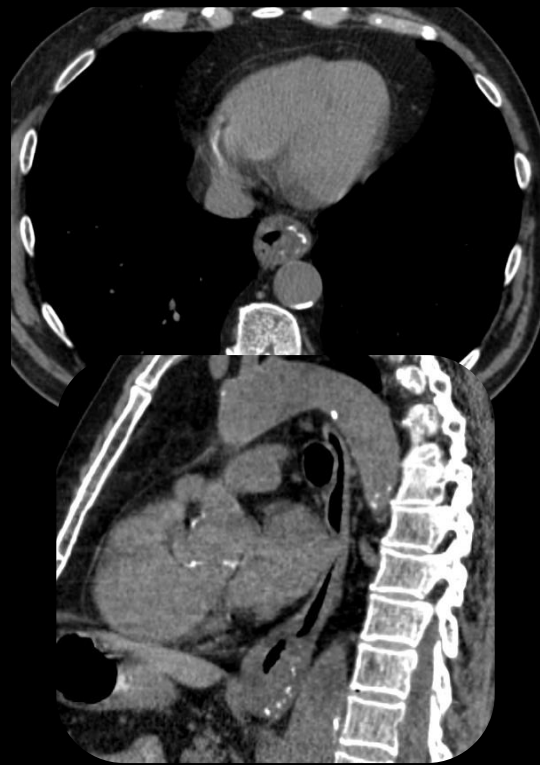
Múltiples imágenes nodulares con densidad de partes blandas e hipodensidad central, probablemente por cambios quísticos o necróticos, que afectan mediastino anterior, prevascular, ventana aorto-pulmonar, subcarinales y mediastino posterior.

**DX: CONGLOMERADOS ADENOMEGÁLICOS.**

---

• Los ganglios linfáticos mediastínicos posteriores pueden estar implicados en trastornos inflamatorios como sarcoidosis, linfangoileiomomatosis y amiloidosis, así como en infecciones, con mayor frecuencia VIH, *Mycobacterium tuberculosis* y *Mycobacterium*.

• Las metástasis ganglionares en el mediastino posterior pueden desarrollarse en tumores intra y extratorácicos, siendo el criterio mayormente aceptado que sugiere malignidad el diámetro de eje corto  $\geq 10$  mm.



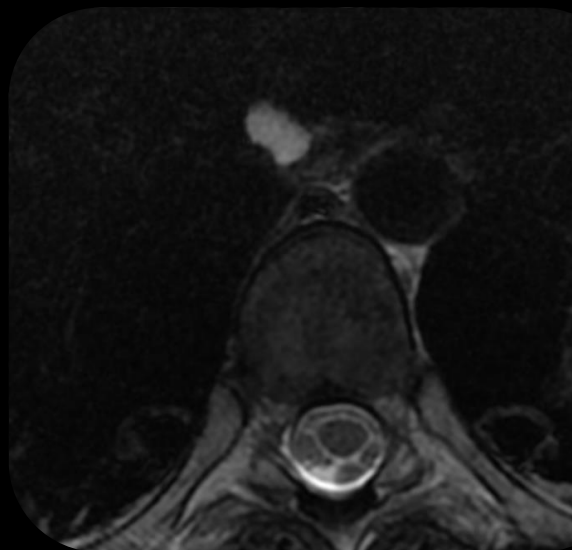
Paciente masculino de 78 años.

Engrosamiento concéntrico del esófago, con estrechez de la luz y calcificaciones parietales lineales periféricas

**DX: TUMOR PRIMARIO DE ESOFAGO.**

- 
- Las neoplasias esofágicas pueden ser **malignas(80%)** o benignas(20%).
  - Las neoplasias esofágicas malignas son principalmente carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma.
  - En etapas tempranas, la TC puede mostrar una masa de partes blandas o un engrosamiento focal de la pared esofágica, que progresa a una afectación circunferencial difusa en etapas más avanzadas. Comúnmente:
    - Carcinomas de células escamosas → tercio medio del esófago
    - Adenocarcinomas → tercio inferior (esófago de Barrett preexistente)





Paciente femenino de 45 años. Hallazgo incidental.

Masa homogénea con señal líquida en íntima relación al margen antero-lateral derecho del tercio distal esofágico.

**DX: QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICO.**

- 
- Los quistes de duplicación esofágica representan del 5% al 10% de todos los quistes del intestino anterior.
  - Comúnmente son asintomáticos tanto en niños como en adultos, pero ocasionalmente se presentan con síntomas.
  - Se localizan en la parte inferior derecha del mediastino posterior dentro de la pared esofágica o muy cerca de ella.



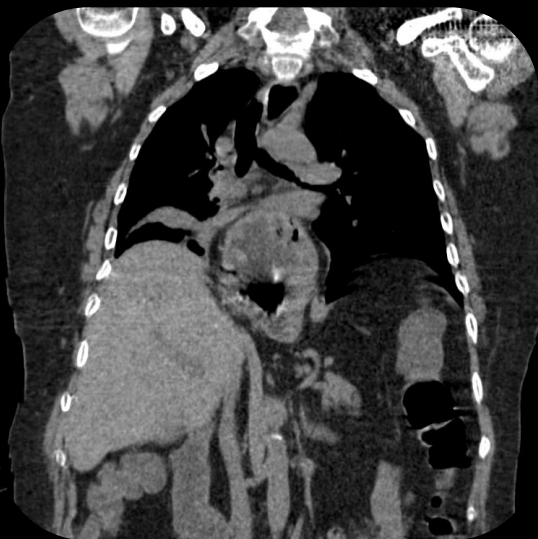
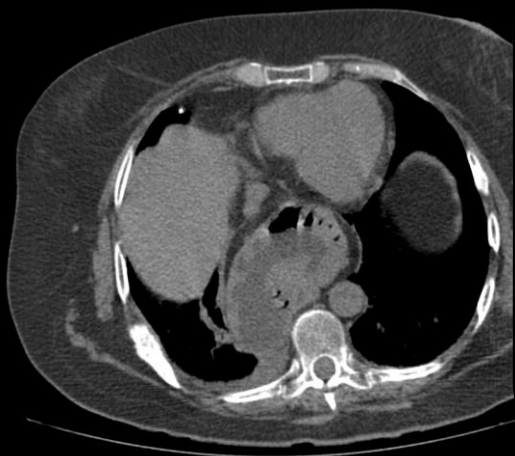
Paciente femenina de 61 años.

Flap de disección que compromete la arteria aorta descendente. Se observa permeabilidad tanto de la luz verdadera como de la falsa.

**DX: DISECCION DE AORTA DESCENDENTE (tipo B).**

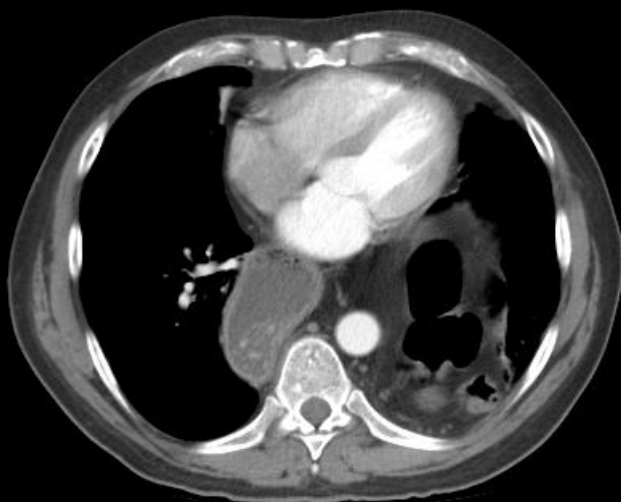
- Es la emergencia aórtica más común, resultado de una ruptura en la capa íntima de la pared aórtica, que permite la entrada de sangre a través de la capa medial.
- Esto crea un "falso lumen" que está separado del "verdadero lumen" por un colgajo intimal.
- Según la clasificación de Stanford, las disecciones se clasifican como:
  - ❖ Tipo A: involucran la aorta ascendente y representan el 62% de los casos – Tratamiento quirúrgico.
  - ❖ Tipo B: involucran la aorta descendente y representan el 38% de los casos – Tratamiento conservador.

N° 796



Voluminosa hernia hiatal, parcialmente rotada sobre su eje.

**DX: HERNIA HIATAL DESLIZANTE.**



Masculino de 57 años.

Protrusión de asas intestinales en proyección del hemitórax izquierdo, asociado a signos de disrupción del hemidiafragma.

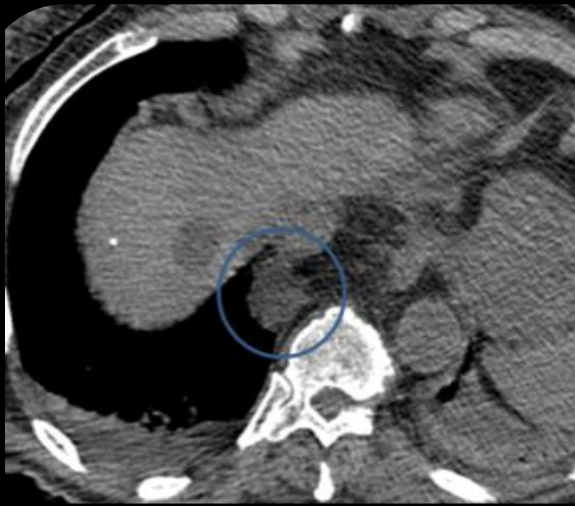
**DX: HERNIA DE BOCHDALEK.**

**Hernia hiatal:** 2 tipos principales:

➤ Deslizante: unión gastroesofágica migra por encima del diafragma a través del hiato esofágico (95%).

➤ Paraesofágica: sin ningún desplazamiento de la unión gastroesofágica.

**Hernia de Bochdalek:** la grasa abdominal o las vísceras se hernian en el tórax a través de un defecto en la porción posteromedial del diafragma.



Paciente femenina de 69 años. AP: Hipotensión arterial con caída de 17 puntos de hematocrito y 5 de hemoglobina por lo cual requirió traslado a UTI y 2 unidades de glóbulos rojos.

**Masa de baja densidad en región paraespinal derecha.**

**DX: HEMATOPOYESIS EXTRAMEDULAR.**

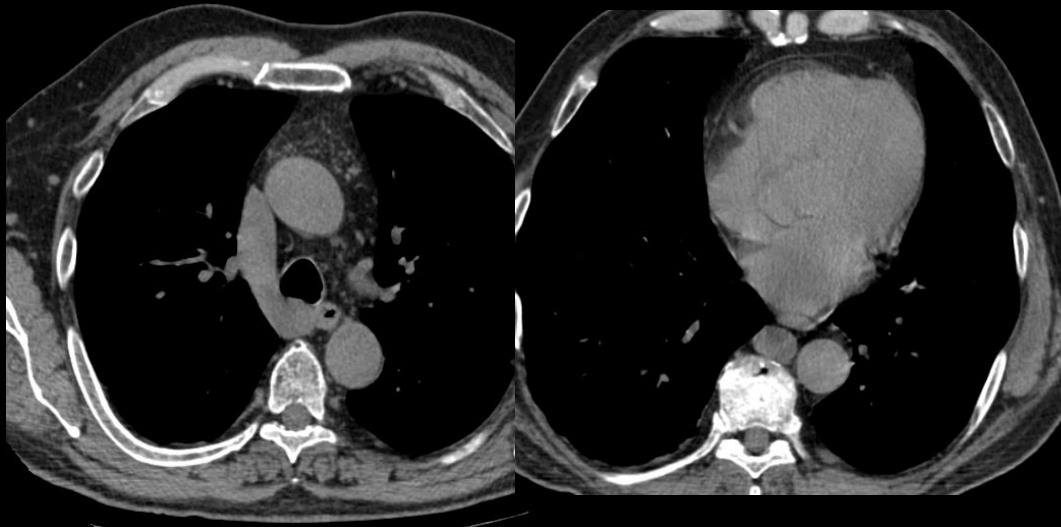
---

•Anemia de larga data → Puede conducir al desarrollo de masas como lesiones, más a menudo en la región torácica paravertebral.

•Más del 80% de los pacientes con hematopoyesis extramedular son asintomáticos, con la condición detectada incidentalmente en la obtención de imágenes.

➤Lesiones activas generalmente tiene densidad de partes blandas en TC e intensidad de señal intermedia en T1/T2.

➤Lesiones inactivas tiene valores de atenuación bajos o altos en la TC, dependiendo de la presencia de grasa o el contenido de hierro de las masas.



Paciente masculino de 64 años.

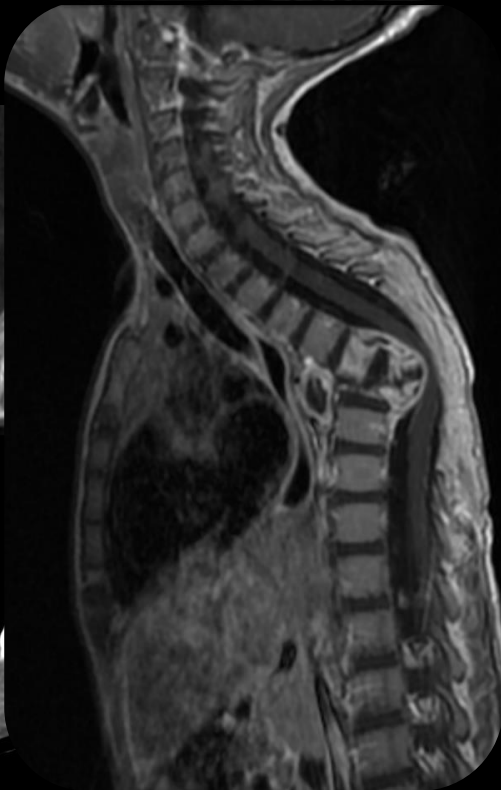
Se observa aumento de calibre de la vena ácigos superior, con ausencia de vena cava inferior, como variante anatómica.

**Dx: DILATACIÓN DE VENA ACIGOS ANTE AUSENCIA CONGENITA DE VENA CAVA INFERIOR (VARIANTE ANATÓMICA).**

•La dilatación de la vena ácigos puede ser resultado de causas patológicas como:

- ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva.
- ✓ Trombosis portal.
- ✓ Obstrucción de vena cava superior o inferior
- ✓ Vena cava inferior congénita interrumpida con continuación de ácigos (o hemiacigos).
- ✓ Aneurisma de vena de ácigos.

•Realce típico en fase venosa.



Paciente masculino de 1 año y 8 meses.

Lesión que compromete el raquis a la altura de los cuerpo vertebral D7, el cual impresiona totalmente colapsado; compromiso de ambos discos intervertebrales adyacentes. La lesión se extiende hacia los neuroforámenes en forma bilateral, con importante componente epidural anterior hacia ambos lados. Tras la administración del contraste presenta realce periférico con septos gruesos en su interior.

**DX: MAL DE POTT.**

- 
- La espondilodiscitis tuberculosa es la manifestación más frecuente de la tuberculosis osteoarticular y suele ser secundaria a una diseminación hematógica de un foco pulmonar.
  - En este sitio, la localización más frecuente es la parte inferior de la columna dorsal y lumbar.
  - La lesión produce destrucción vertebral progresiva que comienza en el hueso subcondral y se extiende lentamente al espacio discal y a los cuerpos vertebrales adyacentes.

## *Conclusión:*

- El **mediastino posterior** posee lesiones propias y características que deben ser de conocimiento para el radiólogo.
- Su complemento con datos clínicos y epidemiológicos permite reducir considerablemente el rango de posibilidades diagnósticas.
- Tanto la TC como la RM son las modalidades de imagen de elección para ***caracterizar las lesiones y definir las relaciones con estructuras vecinas.***