

## Tumores adiposos del mediastino. Diagnóstico por tomografía axial computerizada. A propósito de dos casos

V.M. Eguía, N. Esandi.

### INTRODUCCIÓN

Dentro de los tumores mediastínicos, los derivados de tejidos mesenquimales son infrecuentes. En amplias series<sup>1,2</sup> se ha publicado que los lipomas representan aproximadamente el 1% de todos los tumores mediastínicos. Su variante maligna, el liposarcoma es aún más infrecuente.

Desde su descripción por Koerner en 1966<sup>3</sup> la lipomatosis mediastínica es bien conocida como entidad secundaria al tratamiento corticoideo prolongado, síndrome de Cushing o simple obesidad. Sin embargo, es rara en ausencia de dichos factores de riesgo. Aunque no se trata estrictamente de una lesión neoplásica, es incluida por diversos autores<sup>4,5</sup> dentro del apartado de tumores mediastínicos de tejido adiposo.

Ambas entidades son benignas y sólo se diferencian<sup>4</sup> en la presencia o no de una cápsula que rodee al tejido adiposo claramente identificable por tomografía axial computerizada (TAC).

Clásicamente han sido diagnosticadas tras su resección quirúrgica. En la actualidad su diagnóstico puede realizarse por

TAC, dada su capacidad de medir la densidad de los tejidos. De esta forma se evita, al menos en ciertos casos, el riesgo quirúrgico que supone el diagnóstico de una entidad benigna y cuya resección es a veces innecesaria o extremadamente compleja.

Presentamos dos casos de tumores adiposos mediastínicos diagnosticados en el Hospital Virgen del Camino por TAC, siendo ambos hallazgos casuales.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS

#### Caso 1

Varón de 30 años, sin antecedentes médicos de interés ni los factores de riesgo anteriormente citados. Fumador de 5 cig./día. En el curso de un cuadro agudo de tos y expectoración se realiza una radiografía simple de tórax que pone de manifiesto una gran masa mediastínica central de bordes bien definidos. En la proyección lateral se localiza en el compartimento posterior. En la exploración física sólo destaca una discreta cifoescoliosis dorsal. No acropaquias ni adenopatías. Leve disminución del murmullo vesicular en plano pos-

#### Correspondencia

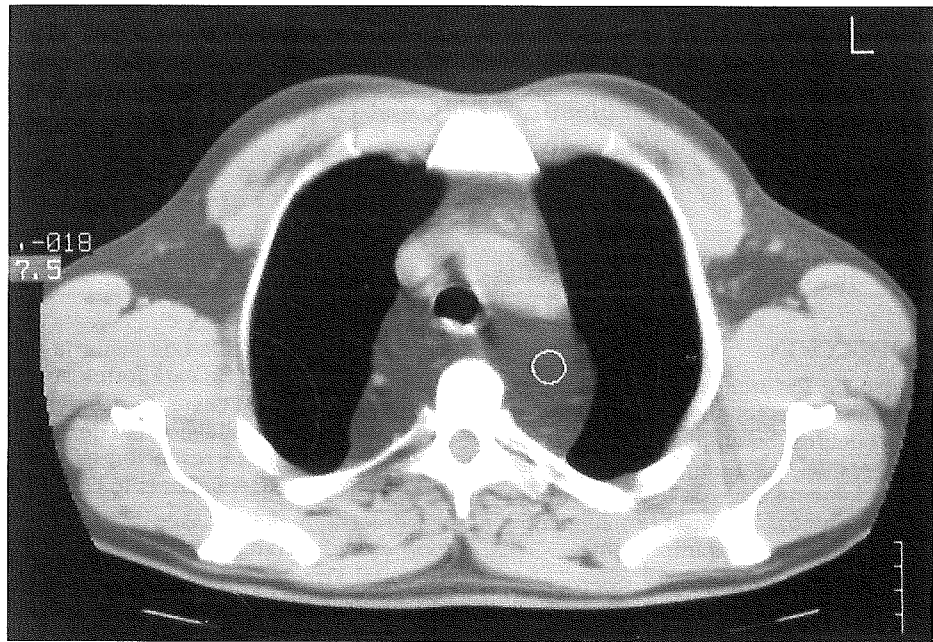
Víctor Manuel Eguía Astibia.  
Sección de Neumología 5ª planta. Hospital Virgen del Camino  
C/ Irunlarrea, 3.  
Pamplona (Navarra)  
Tfno. (948) 42 97 60 - 42 20 22

Sección de Neumología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

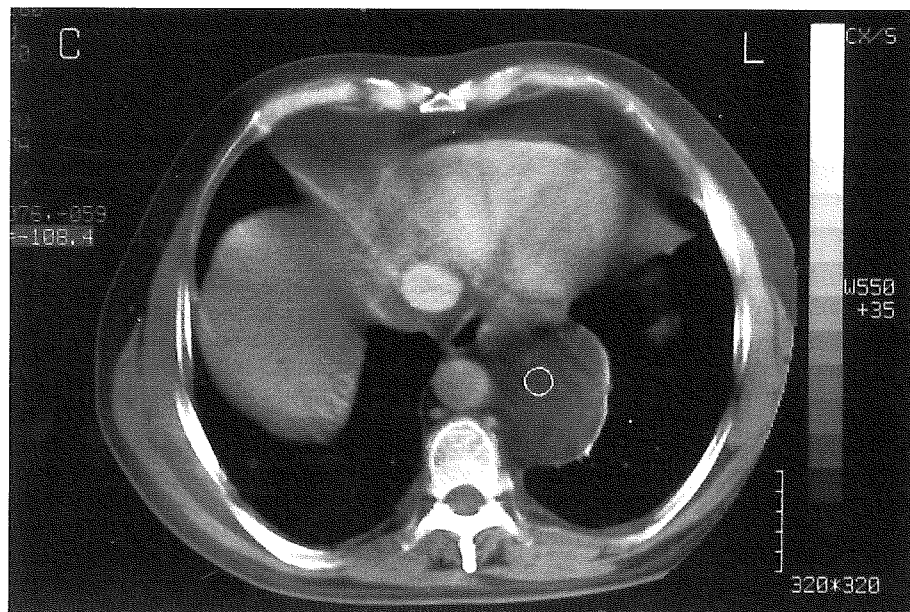
Aceptado para su publicación el 28 de abril de 1997.

terior de hemitórax derecho en la auscultación pulmonar. Resto sin alteraciones. El hemograma y el perfil bioquímico general

no presentan alteraciones. El TAC torácico confirmó la masa (Fig. 1) perfectamente delimitada y con coeficiente de atenuación



**Figura 1.** Caso 1. Corte tomográfico a nivel de la masa.



**Figura 2.** Caso 2. Corte tomográfico.

de -97,5 unidades Hounsfield(U.H.). La espirometría simple muestra una FVC de 4610 (96%) y un FEV1 de 3800 (95%). Al encontrarse el paciente asintomático no se plantea la resección quirúrgica, situación que persiste tres años después no habiéndose objetivado cambios radiológicos.

### Caso 2

Varón de 58 años, sin antecedentes médicos de interés ni factores de riesgo. No fumador. En el curso de una revisión laboral rutinaria se descubre patología en la radiografía simple de tórax en la que se observa una imagen de masa redondeada retrocardíaca de densidad homogénea y bordes bien definidos. Exploración física sin alteraciones destacables excepto leves edemas maleolares y signos de insuficiencia venosa periférica. Peso 81 Kg. Talla 171 cm. Hemograma y perfil bioquímico general sin alteraciones significativas. Esofagograma baritado normal. Broncoscopia macroscópicamente normal. Aspirado bronquial sin células neoplásicas. TAC toracoabdominal (Fig. 2): Masa a nivel de mediastino posterior adyacente a aorta descendente que se continúa por abdomen superior desplazando crura diafragmática izquierda y esófago distal hacia adelante. Coeficiente de atenuación de la masa -108 U.H. Espirometría simple: FVC 3270(82%), FEV1 2870(90%). A los tres años del diagnóstico no presenta cambios radiológicos.

### DISCUSIÓN

La lipomatosis mediastínica es relativamente frecuente asociada a tratamiento esteroideo, síndrome de Cushing o producción ectópica de ACTH. También se ha comunicado algún caso en que la lipomatosis es secundaria a obesidad simple<sup>6,7</sup>. En nuestros casos no se dan ninguno de estos factores de riesgo, desconociéndose la presencia de algún otro factor. El acúmulo graso se localiza habitualmente en la parte superior del mediastino, como en nuestra primera observación, y en ambos ángulos pleuropericárdicos<sup>5,8</sup>. Otras veces se apoya en las cúpulas diafragmáticas simulando una efusión pleural subpulmonar.

El lipoma mediastínico es una rara entidad clínica. Wychulis y cols.<sup>1</sup> en una serie de 1064 tumores mediastínicos resecados en la Clínica Mayo durante 40 años, sólo encontraron 13 lipomas. Todos, excepto uno, curaron tras la resección; aquel recidivó. Así mismo, encontró 8 liposarcomas, entidad aún más rara de la que, hasta 1981, sólo se habían publicado 53 casos<sup>9</sup>.

Todas las grandes series publicadas hasta la actualidad son quirúrgicas haciéndose el diagnóstico por el análisis patológico de la pieza resecada. En la actualidad es bien conocido como la TAC permite establecer el diagnóstico en la mayor parte de los casos<sup>5,8</sup>. Así mismo, Méndez y cols.<sup>10</sup> señalan que con índices de atenuación de -45 U.H. o menores no es necesaria la intervención quirúrgica ya que se trataría de tumores benignos. Cuando el índice es de -20 o superior debe resecarse la masa para descartar la posibilidad de liposarcoma. Por otra parte, el liposarcoma presenta además otras características radiológicas en el TAC como son la densidad no uniforme con áreas de hemorragia o necrosis. Nuestros casos figuran entre los de densidad menor de 45 U.H. con índices de -97,5 y -108 U.H. respectivamente, siendo la misma uniforme.

La presencia o ausencia de cápsula es difícil de confirmar por TAC aunque en el segundo caso la imagen es altamente sugestiva de poseerla (Fig. 2). Por tanto, pensamos que en ausencia de la pieza quirúrgica la diferenciación entre lipoma y lipomatosis es en estos casos muy difícil.

A pesar de que los acúmulos grasos pueden alcanzar grandes dimensiones como los descritos, debido al carácter flexible y adaptable de estas lesiones, raramente producen síntomas. Sin embargo, ocasionalmente los pacientes refieren disnea a causa de la ocupación de espacio, limitando la correcta expansión del parénquima pulmonar. Esta sintomatología es más infrecuente en los casos no capsulados en los que el tejido graso al proliferar va adaptándose a las estructuras mediastínicas.

Las observaciones clínicas descritas representan entidades infrecuentes en la

práctica clínica por su tamaño y localización, diagnosticadas por tomografía axial computerizada.

Creemos que el abordaje clínico de estos pacientes ha cambiado en la actualidad, dados los avances en la TAC que permiten un diagnóstico sin necesidad de investigaciones o procedimientos quirúrgicos agresivos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. WYCHULIS AR, PAYNE WS, CLAGETT OT, WOOLNER LB. Surgical treatment of mediastinal tumors. A 40 year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1971; 62: 379-392.
2. LUOSTO R, KOIKKALAINEN K, JYRÄLÄ A, FRANSSILA K. Mediastinal tumors: A follow up study of 208 patients. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1978; 12: 253-259.
3. KOERNER HJ, SUN D. Mediastinal lipomatosis secondary to steroid therapy. *Am J Roentgenol* 1966; 98: 461-464.
4. MARCHEVSKY, A.M, KANEKO M. Mesenchymal Tumors. En: *Surgical Pathology of the Mediastinum*. Raven Press New York 1984; 245-246.
5. FRASER RG, PARÉ JAP. Diseases of the mediastinum. En: *Synopsis of diseases of the chest*. Sec. edition. W.B.Saunders. 1994; 918.
6. LEE WJ, FATTAL G. Mediastinal lipomatosis in simple obesity. *Chest* 1976; 70: 308.
7. AGUILAR X, TEXIDO A, SERRANO M, VIZCAYA M, MARTÍNEZ-MORATALLA J, ARÉVALO M. Lipomatosis mediastínica difusa y obesidad exógena. *Rev Clin Esp* 1993; 192: 265-267.
8. GLAZER, HS, WICK MR, ANDERSON DJ, SEMENKOVICH JW, MOLINA PL, SIEGEL MJ, SAGEL SS. CT of fatty thoracic masses. *Am J Roentgenol* 1992; 159: 1181-1187.
9. STANDERFER RJ, ARMISTEAD SH, PANETH M. Liposarcoma of the mediastinum: Report of two cases and review of the literature. *Thorax* 1981; 36: 693.
10. MÉNDEZ G, ISIKOFF MB, ISIKOFF Sk. Fatty tumors of the thorax demonstrated by CT. *Am J Roentgenol* 1979; 133: 207.