

## Caso radiológico para diagnóstico

**Drs. Samuel Sánchez C<sup>(1)</sup>, Laura Vique B<sup>(2)</sup>, Oscar Ardiles C<sup>(3)</sup>.**

1. Radiólogo Post-Becado Hospital Clínico Universidad de Chile.

2. Becada Radiología Hospital Clínico Universidad de Chile.

3. Médico en estadía de capacitación Centro de Imagenología Hospital Clínico Universidad de Chile.

### Historia Clínica

Mujer de 58 años, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento que consulta en forma ambulatoria por leve disfagia de ocurrencia ocasional, dispepsia y episodios de hipo en forma aislada. La endoscopia digestiva alta muestra esofagitis distal de carácter leve sin otros hallazgos significativos asociados. Su médico tratante le solicita un estudio baritado de esófago, estómago y duodeno (Figuras 1-3).

¿Cuál es el diagnóstico?



**Figura 1.**



**Figura 2.**



**Figura 3.**

*Diagnóstico y discusión en la página 141.*

# Resultado caso radiológico para diagnóstico

**Drs. Samuel Sánchez C<sup>(1)</sup>, Laura Vique B<sup>(2)</sup>, Oscar Ardiles C<sup>(3)</sup>.**

1. Radiólogo Post-Becado Hospital Clínico Universidad de Chile.

2. Becada Radiología Hospital Clínico Universidad de Chile.

3. Médico en estadía de capacitación Centro de Imagenología Hospital Clínico Universidad de Chile.

Viene de la página 108.

### Diagnóstico:

Lesión de mediastino posterior. Quiste de duplicación esofágica

### Hallazgos

El estudio contrastado de esófago (Figuras 1-3) muestra una impronta en el aspecto posterior del tercio distal del esófago de contornos regulares y ángulos obtusos, que no impresiona invadir el lumen esofágico y que se corresponde con una lesión de origen extramucoso. Esta impronta puede tener tanto un origen intramural esofágico o extraesofágico. En los cortes seleccionados de tomografía computada (TC) de tórax (Figuras 4-5) realizada con posterioridad al examen contrastado se observa una lesión redondeada, bien delimitada, de contornos regulares, con densidad similar al agua y que no realza tras la administración de medio de contraste endovenoso, ubicada en esófago distal, el cual se encuentra desplazado hacia anterior. Con todos estos antecedentes, se concluyó un quiste de duplicación esofágica que no requirió conducta agresiva posterior.

### Discusión

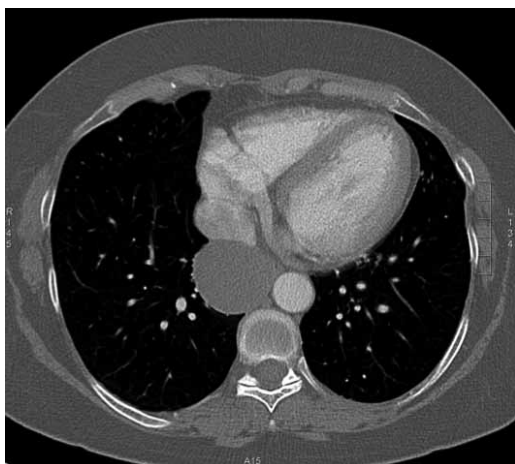
Al enfrentarnos a un paciente adulto con una masa extramucosa que compromete el tercio distal del esófago, debemos preguntarnos si ésta es dependiente del esófago o proviene de las estructuras adyacentes. Las lesiones esófago dependientes más prevalentes son el Leiomioma en primer término, el tumor estromal gastrointestinal (GIST) y el quiste de duplicación esofágica en segundo término. Entre las extraesofágicas debemos considerar las originadas en el mediastino posterior como son los tumores neurogénicos (Schwannoma, Neurofibroma), el aneurisma de la aorta descendente, la hematopoyesis Extramedular y los abscesos paraespinales entre otros<sup>(1)</sup>.



**Figuras 1-3.** Estudio contrastado de esófago-estómago-duodeno que muestra impronta de aspecto regular en el aspecto posterior del esófago distal.



**Figura 4.** TC de tórax sin contraste que evidencia una lesión redondeada paraesofágica, de contornos regulares y densidad similar al agua.



**Figura 5.** TC de tórax con contraste endovenoso que destaca la ausencia de realce de la lesión tras la administración de contraste.

### Tumores de origen esofágico

Al menos el 50% de los tumores benignos del esófago corresponden a Leiomiomas<sup>(2)</sup>, lesiones benignas compuestas de células de músculo liso y tejido fibroso que forman una cápsula bien definida. Son de crecimiento lento, asintomáticos y usualmente se ubican en el tercio inferior del esófago. El estudio radiológico revela una masa en el mediastino posterior, generalmente pequeña y de bordes bien definidos, redonda o elongada y que puede ser lobulada. En la TC se presenta como un tumor homogéneo confinado a la pared, de bordes netos, con densidad de partes blandas, sin zonas de ulceración, sangrado o necrosis, que realza tras la administración de medio de contraste<sup>(3)</sup>. Estas lesiones pueden ser imposibles de diferenciar de un quiste de duplicación o tumor GIST en estudios baritados<sup>(4)</sup>.

Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) corresponden al 2.5% de todos los tumores del tracto

digestivo y su ubicación en el esófago es poco común<sup>(5)</sup>. Usualmente se presentan en pacientes sobre los 40 años de edad como lesiones tumorales solitarias y su sintomatología incluye dolor, disfagia, pérdida de peso y hemorragia digestiva. El estudio baritado muestra una masa extramucosa generalmente no invasiva. Cuando estos tumores sobrepasan los 2 cms de diámetro pueden ulcerarse dando una imagen denominada "bull's-eye"<sup>(5)</sup>. En la TC se ven como masas homogéneas con densidad similar a la del músculo. Pueden malignizar, siendo estas lesiones de aspecto heterogéneo, con zonas centrales de baja atenuación debido a degeneración quística y necrosis. Excepcionalmente pueden contener calcificaciones.

Los quistes de duplicación esofágica son anomalías congénitas derivadas del intestino anterior, por lo tanto pueden desarrollar epitelio neurogénico o broncoentérico. Tienen una frecuencia de ocurrencia mucho menor que los leiomiomas. Producen síntomas al infectarse o al comprimir estructuras adyacentes<sup>(6)</sup>. En los estudios baritados muestran compresión esofágica y son indistinguibles de otras lesiones como el Leiomioma y GIST. La TC muestra un quiste con contenido de atenuación similar al agua, sin embargo, en ocasiones este contenido puede tener mayor densidad debido a contenido proteináceo. Los quistes de duplicación se pueden asociar a malformaciones vertebrales altas<sup>(5)</sup>.

### Tumores de origen extraesofágico

Los tumores neurogénicos son la causa más frecuente de masas extraesofágicas en el mediastino posterior. La mayoría de éstos ocurren en la región paravertebral, en relación a los nervios intercostales y del sistema simpático. Destacan por su prevalencia en adultos los tumores de las vainas nerviosas, Schwannomas y Neurofibromas.

Estos tumores son generalmente asintomáticos, sin embargo, los de mayor tamaño pueden provocar síntomas al comprimir estructuras vecinas. En la radiología simple pueden observarse como masas ubicadas en el mediastino posterior, superpuestas a la columna vertebral en la proyección lateral. Pueden erosionar costillas vecinas o pedículos vertebrales, aumentando el tamaño de los agujeros de conjunción. A la evaluación con TC ambos se presentan como masas de bordes bien definidos, hipodensas o isodensas con respecto al músculo, que realzan tras el uso de medio de contraste. En los Schwannomas es frecuente encontrar áreas necróticas o quísticas, no captantes, a diferencia de los Neurofibromas que son siempre homogéneos o con aspecto de "diana" dado por la diferencia entre la densidad de fibras periférico-centrales. Estos últimos además pueden ser encapsulados y presentan con mayor frecuencia calcificaciones<sup>(7)</sup>. En la resonancia magnética (RM) ambos tumores son isointensos en T1 e hiperintensos

en T2 respecto del músculo, realizando con el uso de gadolinio<sup>(7)</sup>. Cuando estos tumores se introducen por un agujero de conjunción hacia el canal raquídeo dan la clásica imagen de "reloj de arena".

El aneurisma de la Aorta descendente es una dilatación del lumen arterial, causado primordialmente por arteriosclerosis y menos comúnmente por trauma y/o necrosis quística de la capa media. En la radiografía de tórax pueden confundirse con masas mediastínicas, especialmente las dilataciones de tipo sacular. Con frecuencia presentan calcificaciones en su contorno, lo que ayuda en su diagnóstico. La TC de Tórax lo diferencia con total certeza de otras masas.

Finalmente, la Hematopoyesis Extramedular ocurre en una variedad de condiciones que determinan una función medular anormal, especialmente en anemias hemolíticas congénitas. Esta hematopoyesis insuficiente lleva a una expansión compensatoria de la masa eritroídea, formando masas que típicamente se ubican en el hígado, el bazo y el tórax. La Hematopoyesis extramedular raramente produce sintomatología y, cuando lo hace, está relacionada con la compresión de estructuras vecinas o hemorragia masiva<sup>(8)</sup>. La radiografía de tórax puede mostrar una o varias masas en el mediastino posterior hacia inferior, lobuladas y de contornos difusos, que inhabitualmente presentan calcificaciones<sup>(9)</sup>. En la TC se observan masas paravertebrales únicas o múltiples con atenuación de tejidos blandos.

En suma, el enfrentamiento de una lesión que produce compresión extrínseca del esófago debe ser enfocado hacia los diagnósticos diferenciales de patología dependiente del esófago de carácter extramucoso y extraesofágica, donde el estudio baritado

es una herramienta diagnóstica fundamental en la aproximación diagnóstica y la Tomografía Computada en la caracterización de las lesiones, permitiendo una mayor certeza diagnóstica tendiente a evitar conducta biopsica y/o quirúrgica innecesaria.

### Bibliografía

1. Whitten CR, Khan S, Munneke GJ, Grubnic S. "A Diagnostic Approach to Mediastinal Abnormalities", *Radiographics* 2007; 27: 657-671.
2. Noh HM, Fishman EK, Forastiere AA, Bliss DF, Paul Spencer Calhoun P. "CT of the esophagus: Spectrum of disease with emphasis on esophageal carcinoma". *Radiographics* 1995; 15: 1113-1134.
3. Buck JL. "Neoplastic and Non-neoplastic Tumors of the Esophagus" En: Nicholas C. Gourtsyiannis, Pablo R. Ros Eds. "Radiologic-Pathologic Correlations from Head to Toe", Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2005; 4: 227-230.
4. Priego P, Lobo E, Rodríguez G, Alonso N, Olarte G, Pérez de Oteyza J, Fresneda V. "Tratamiento quirúrgico del leiomioma esofágico: análisis de nuestra experiencia". *Rev. esp. enferm. dig.* 2006; 5:350-358
5. Sharp RM, Ansel HJ, Keel SB. "Gastrointestinal Stromal Tumor", *Radiographics* 2001; 21: 1557-1560.
6. Jeung M, Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, et al. "Imaging of Cystic Masses of the Mediastinum", *Radiographics*, 2002; 22: S79-S93.
7. François Laurent, MarieParrens. "MediastinalMases" En: Nicholas C. Gourtsyiannis, Pablo R. Ros Eds. "Radiologic-Pathologic Correlations from Head to Toe", Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2005; 3: 210-214.
8. Kawashima A, Fishman EK, Kuhlman JE, Nixon MS. "CT of posterior mediastinal masses". *Radiographics*, 1991; 11: 1062-1064.
9. Pfeiffer EA, Coppage L, Conway WF. "Cases of the day, Hematopoiesis Extramedullary" *Radiographics* 1995; 15: 235-238.

**Sánchez S y cols.** Lesión de mediastino posterior. Quiste de duplicación esofágica. *Rev Chil Radiol* 2011; 17(3): 108, 141-143.

Correspondencia: Dr. Samuel Sánchez C. / [samuelsanchezc@yahoo.cl](mailto:samuelsanchezc@yahoo.cl)

Trabajo recibido el 10 de mayo de 2011, aceptado para publicación el 29 de julio de 2011.