



# CASO DEL MES SEICAT

**Autores: Ángela María Fernández Plaza  
Lourdes Martínez Encarnación**

Servicio de Radiología  
Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia)



# PRESENTACIÓN

- Varón de 38 años que acude al Servicio de Urgencias por fiebre, tos, dolor torácico y vómitos.
- Cuadro de un mes de evolución de tos seca, que se asocia en las dos últimas semanas a náuseas y vómitos con hiporexia, intolerancia oral e importante afectación general. La tos aparece especialmente con la ingesta. En los últimos días aparición de algunos esputos hemoptoicos y dolor torácico en costado derecho que le dificulta la movilidad del brazo ipsilateral.
- No antecedentes personales de interés.



Figura 1: Rx de tórax PA y L

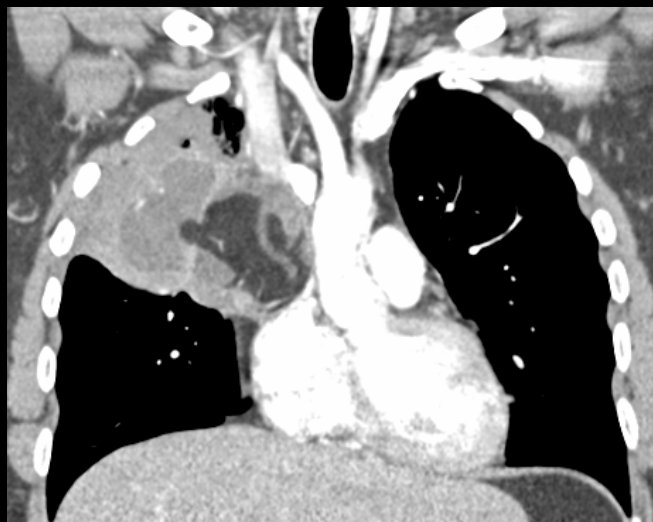


Figura 2: TC de tórax con contraste iv en ventana de mediastino. Reconstrucciones coronal y sagital e imagen axial.

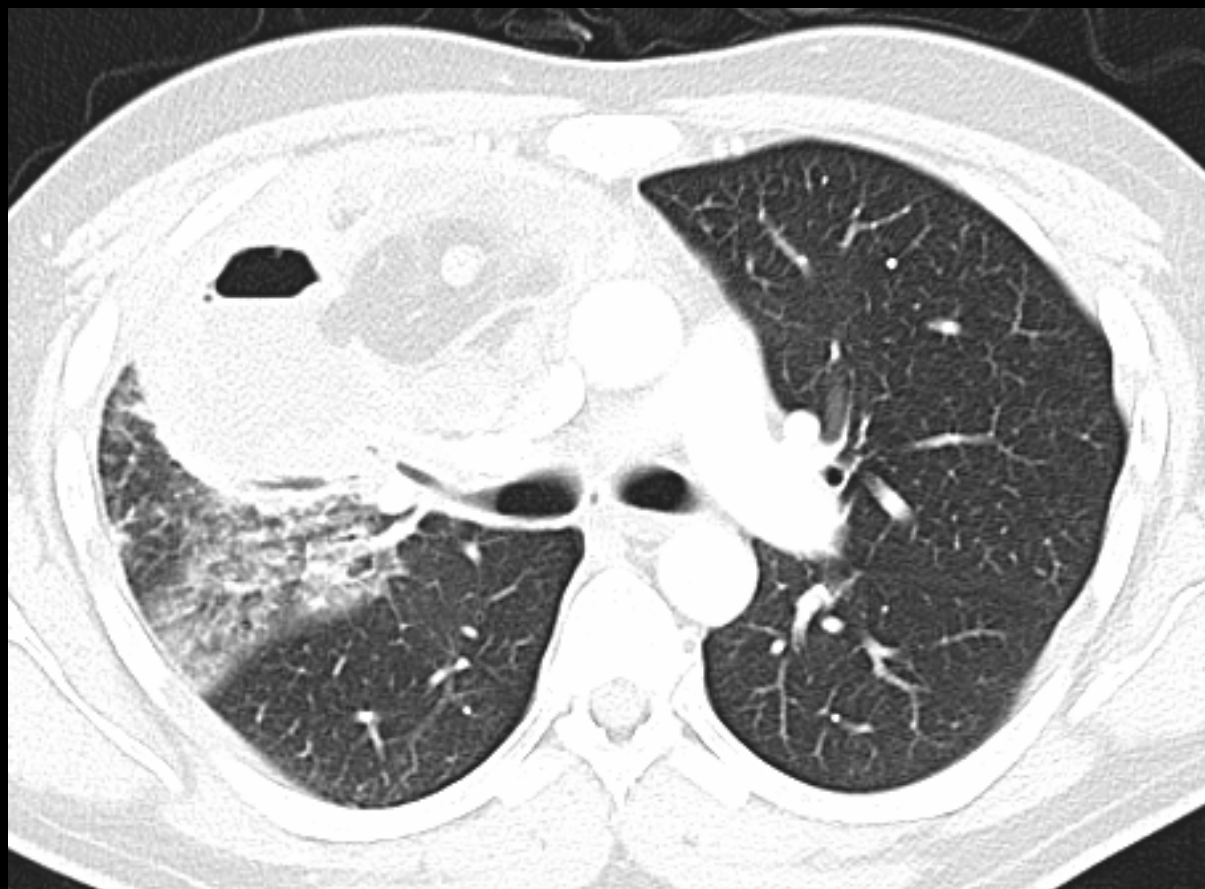


Figura 3: TC de tórax con contraste iv en ventana de pulmón.  
Imagen axial.



# LECTURA RADIOLOGICA 1

- *Rx de tórax ( Figura 1):*

Aumento de densidad en el segmento anterior del LSD, de bordes imprecisos, con niveles hidroaéreos en su interior sugestivos de cavitación. La lesión borra el hilio ipsilateral y contacta con el mediastino. Estos hallazgos, ante la clínica y edad del paciente, son sugestivos de neumonía cavitada. Otra posibilidad a considerar sería una lesión tumoral.



# LECTURA RADIOLOGICA 2

- *TC de tórax con contraste ( Figuras 2 y 3 ):*

Se visualiza una masa en el mediastino anterior, heterogénea, con áreas de densidad grasa, densidad de partes blandas y densidad líquido, con una cápsula periférica que realza. En la vertiente lateral de la lesión, adyacente al parénquima pulmonar, se identifica una pequeña protrusión grasa, con presencia de solución de continuidad de la cápsula anteriormente descrita.
- En el parénquima pulmonar adyacente a la masa, que corresponde al segmento anterior del LSD, se identifica una consolidación cavitada con nivel hidroaéreo, asociada a estenosis y amputación del bronquio para dicho segmento por compresión extrínseca de la masa.





# DISCUSIÓN

Se trata de un varón de 38 años con vómitos y tos y una *masa mediastínica anterior asociada a una consolidación cavitada en el LSD adyacente*.

Diagnóstico diferencial de masas del mediastino anterior:

- Linfoma: lesiones bien delimitadas de contornos lobulados y densidad de partes blandas con escaso realce tras la administración de contraste. No es infrecuente la presencia de áreas necróticas, mientras que las calcificaciones suelen verse postratamiento.
- Tiroides endotorácico: presenta continuidad con la glándula tiroidea cervical a través del opérculo torácico.
- Timoma: masa homogénea, de contornos bien definidos con niveles de atenuación intermedios y realce homogéneo tras la administración de contraste iv. Pueden presentar calcificaciones lineales o en la cápsula y raramente se evidencian áreas de necrosis.





# DISCUSIÓN

- Hiperplasia tímica: Se presenta como aumento de tamaño del timo, que mantiene su morfología normal. La RM con secuencias de T1 en fase y fuera de fase suelen ser útiles para su diagnóstico.
- Quiste tímico: Lesión quística, en mediastino anterior. No realza tras el contraste.
- Teratoma: La variante benigna se presenta en la TC como masa bien delimitada con componente sólido, quístico y graso en diferente proporción, dependiendo de las capas germinativas implicadas. Las calcificaciones son frecuentes.
- Quiste pleuropericardico: Masa de aspecto quístico, homogénea y bien definida. Se localiza frecuentemente en ángulo pleuropericardico derecho.



# DISCUSIÓN

La consolidación cavitada en el LSD podría tratarse de neumonitis postobstructiva sobreinfectada o ser secundaria a una ruptura de la masa mediastínica al parénquima pulmonar. La heterogeneidad de la masa, la protrusión grasa en la localización de la ruptura de la cápsula y la consolidación/atelectasia del parénquima pulmonar adyacente orientan a ruptura de la masa mediastínica al parénquima pulmonar.



# DISCUSIÓN

Ante estos hallazgos se realizó:

-*Cultivo de esputo y hemocultivo* que fueron negativos.

-*Biopsia guiada por TC* de la masa mediastínica con informe anatomopatológico de tumoración mixta con tejidos procedentes de dos hojas embrionarias (ectodermo y mesodermo) sugestivo de teratoma mediastínico.

-*Cirugía* mediante esternotomía media. Se practicó éxeresis de la masa mediastínica anterior y resección en cuña del LSD que incluía la consolidación cavitada. En la cirugía se constató la ruptura del teratoma mediastínico en el parénquima pulmonar subyacente.



# DIAGNÓSTICO FINAL

Teratoma mediastínico  
con ruptura al parénquima pulmonar



# DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- Los teratomas son los tumores de células germinales más comunes en el mediastino y derivan de más de una capa embrionaria, predominando los derivados ectodérmicos (piel, material sebáceo, pelo, calcio). Se clasifican histopatológicamente en maduros, inmaduros y malignos. Los maduros o benignos representan el 70% de los tumores de células germinales de la infancia y el 60% de los tumores mediastínicos en la edad adulta.  
Los niveles de BHCG y AFP suelen ser normales, su elevación implica componente maligno.
- Generalmente son asintomáticos y suelen diagnosticarse de forma incidental. Si producen síntomas éstos serán secundarios a compresión local, ruptura o infección. La clínica en estos casos sería de dolor pectoral, tos, disnea, fiebre, tricotitisis (síntoma muy poco frecuente en el que existe expectoración de pelo, por invasión de la vía aérea).



# DESCRIPCIÓN DE LA ENTIDAD

- El diagnóstico diferencial depende de la proporción de los diferentes componentes de la lesión: lipoma, timolipoma o liposarcoma, si predomina el componente lipídico o timomas quísticos, linfomas o quistes pericárdicos complicados si lo que predomina es el componente quístico o mixto.
- La ruptura espontánea es rara pero es una complicación grave y puede ser, al parénquima pulmonar y al árbol bronquial, más frecuentemente, seguido del espacio pleural, pericárdico y los grandes vasos. Existen varias hipótesis y la más aceptada propone que la presencia de enzimas digestivas secretadas por tejido pancreático, glandular salival o mucoso intestinal en estos tumores favorece la ruptura hacia estructuras adyacentes.
- Los hallazgos radiológicos sugestivos de ruptura son: heterogeneidad de la masa, protrusión grasa en la localización de la ruptura, consolidación o atelectasia del parénquima pulmonar adyacente y derrame pleural.
- La cirugía se establece como el tratamiento curativo de esta lesión.



# INTERÉS DOCENTE

La ruptura espontánea de los teratomas mediastínicos es una complicación rara pero grave.

La valoración de los signos radiológicos, como la heterogeneidad de la lesión, protrusión del contenido graso y la presencia de consolidación o atelectasia en el parénquima pulmonar adyacente serán cruciales para orientar el diagnóstico y ayudar en la planificación quirúrgica.





# BIBLIOGRAFÍA

1. Escalon JG, Arkin J, Chaump M, Harkin TJ, Wolf AS, Legasto A. Ruptured anterior mediastinal teratoma with radiologic, pathologic, and bronchoscopic correlation. Clin Imaging. 2015;39:689-91.
2. Whitten CR; Khan S, Munneke GJ, Grubnic S. A diagnostic approach to mediastinal abnormalities. Radiographics. 2007;27:657-71.
3. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumors of the Mediastinum. Chest. 2005;128:2893-09
4. Cheung YC, Ng Sh, Wan YL, Pan KT. Ruptured mediastinal cystic teratoma with intrapulmonary bronchial invasion: CT demonstration. Br J Radiol. 2001;74:1148-9
5. Badar F, Yasmeen S, Afrod N, Khan N, Azfar SF. Benign mediastinal teratoma with intrapulmonary and bronquial rupture presenting with recurrent hemoptysis. Iran J Radiol. 2013;10: 86-9