

MASA MEDIASTÍNICA EN GESTANTE DEL TERCER TRIMESTRE



Marín Pérez, A; Ibarra Vilar, P; Guijarro Campillo, AR; García Soria, V; Blanco Carnero, JE; Araico Rodríguez, F; Nieto Díaz, A.

Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

OBJETIVOS

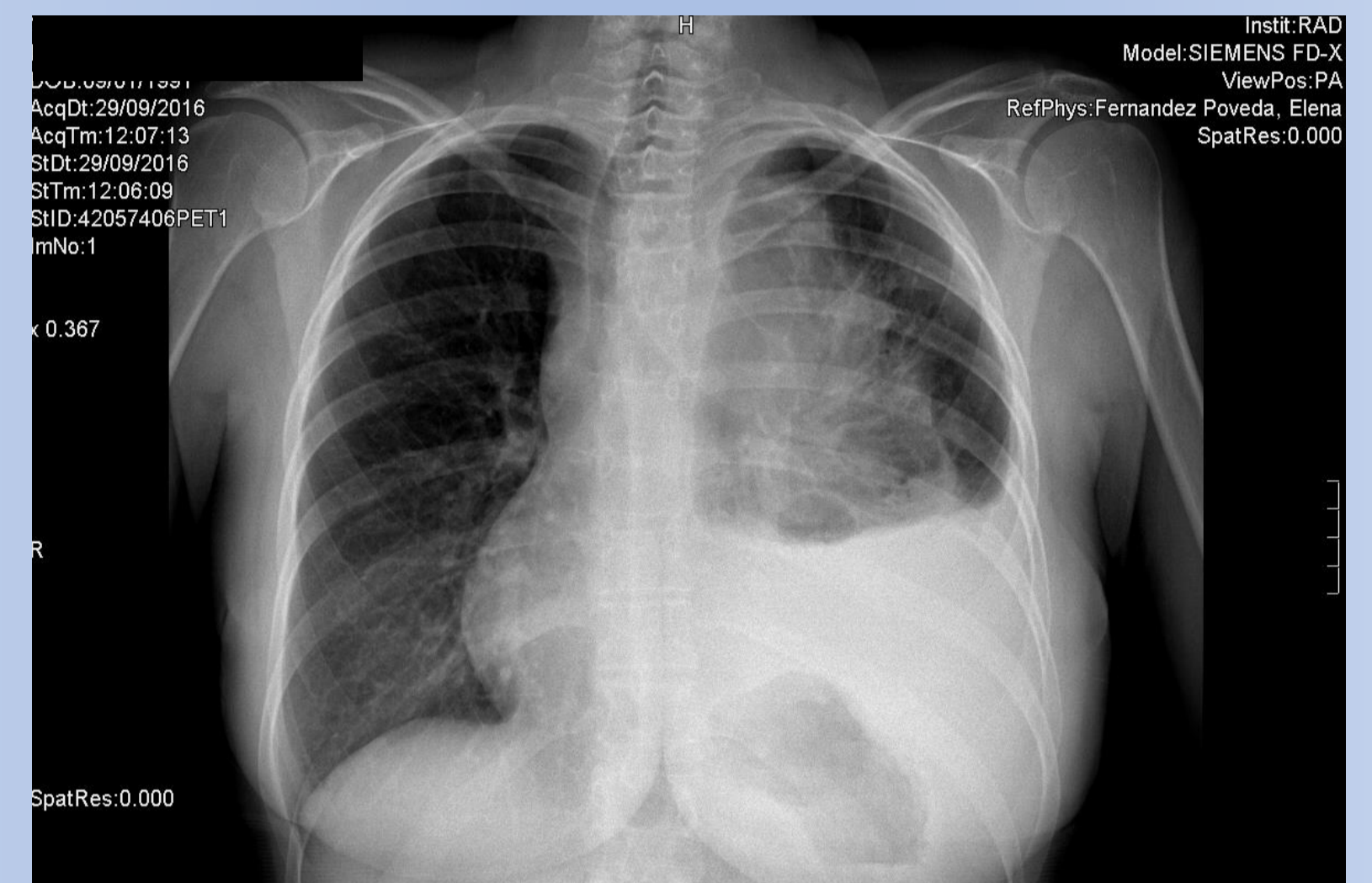
Exponer la experiencia en nuestro centro en el manejo obstétrico de una gestante del tercer trimestre con diagnóstico de masa mediastínica.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 25 años, G1 de 33+2 SG, sin antecedentes de interés, que había consultado en Urgencias en varias ocasiones, por **tos de 3 meses de evolución**.

Ante la persistencia de los síntomas se realizó **Rx de tórax**, donde se visualizó una gran masa mediastínica izquierda que provoca disminución del volumen pulmonar y desplaza línea media.

Al ingreso se solicita **RMN de tórax**, que informa de una masa sólida de unos 15 cm en mediastino anterior izquierdo, que engloba cayado aórtico y comprime bronquio principal y arteria pulmonar izquierda, así como adenopatías supraclaviculares.



Se realiza PAB de la masa, que informa de **linfoma no Hodgkin B**.

Ante los hallazgos se decide maduración pulmonar fetal y se programa, junto con anestesia y cirugía torácica, una **cesárea electiva** en la semana 34.

La cesárea se realizó en el quirófano de hemodinámica, ante el riesgo de descompensación respiratoria y hemodinámica y cursó **sin incidencias**, naciendo una niña de buen peso y apgar.

RESULTADOS

Actualmente la paciente se encuentra en el 5 ciclo de **quimioterapia R-CHOEP** y presenta buena respuesta, habiéndose **reducido las dimensiones de la masa**.

CONCLUSIONES

- El LNH mediastínico de células B es extremadamente infrecuente durante la gestación. Se han descrito **0,8 casos por 100.000 mujeres**, aunque su prevalencia exacta es desconocida.
- La **disnea** es un síntoma frecuente de forma fisiológica en el embarazo, pero otros síntomas asociados, como la **tos de varios meses de evolución**, deben mantenernos alerta.
- Según la literatura, lo más apropiado es una **cesárea electiva**, ya que el parto vaginal puede suponer un cambio brusco de presión abdomino-torácica, pudiendo producirse colapso hemodinámico.
- Los **fármacos** utilizados en el manejo de la hemorragia obstétrica deben ser administrados con precaución, ya que pueden tener respuestas exageradas y ser potencialmente mortales en una paciente con alteraciones cardiopulmonares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shastri, U., Slinger, P., Nguyen, E., Carvalho, J. and Balki, M. (2012). Pulmonary Edema During Cesarean Delivery in a Patient with a Mediastinal Mass. *Obstetric Anesthesia Digest*, 32(1), pp.60-61.
2. Slinger, P. and Karsli, C. (2007). Management of the patient with a large anterior mediastinal mass: recurring myths. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 20(1), pp.1-3.
3. Dasan, J., Littleford, J., McRae, K., Farine, D. and Winton, T. (2002). Mediastinal tumour in a pregnant patient presenting as acute cardiorespiratory compromise. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 11(1), pp.52-56.
4. Martin, W. (1995). Cesarean section in a pregnant patient with an anterior mediastinal mass and failed supradiaphragmatic irradiation. *Journal of Clinical Anesthesia*, 7(4), pp.312-315.