

CASO CLÍNICO

Quiste multiloculado de timo

Dr. Oscar Vera-Carrasco*, Dr. Jorge Fernández-Dorado**, Dr. Augusto Castillo-Murillo***,
Dr. Roberto Elías Gutiérrez-Dorado****.

RESUMEN

Los quistes de timo son lesiones de mediastino extremadamente raras y generalmente asintomáticas. Pueden ser divididos en dos tipos: quistes tímicos uniloculares, considerados como malformaciones del desarrollo, originados en remanentes embrionarios del conducto timofaríngeo y los quistes tímicos multiloculares, considerados de naturaleza reactiva como resultado de inflamación de las estructuras derivadas del epitelio ductal medular tímico. Habitualmente son descubiertos por Rx de control, en muy pocos casos se manifiestan por tos, disnea u otro síntoma inespecífico. Radiológicamente se presentan como una tumoración redondeada de bordes lisos; con la TAC se logra precisar su naturaleza quística, de pared fina, y el contenido con densidad acuosa. Se presenta este caso de quiste multiloculado, que simuló radiológicamente otros tumores mediastínicos.

Palabras clave:

Timo, tumor, quiste, mediastino.

ABSTRACT

Thymic cysts of the mediastinum are extremely rare lesions that are usually asymptomatic. They can be divided into two types: unilocular thymic cysts which are considered as developmental malformations arising from embryonic duct remnants; thymopharyngeal and multilocular thymic cysts which are considered of reactive nature as a result of inflammation of the structures derived from thymic medullary ductal epithelium. They are usually detected by Rx control; rarely do they manifest themselves by cough, dyspnea or other symptoms. Radiologically the tumor presents itself with smooth rounded edges; by TAC the thin walled cystic nature, density and water content can be established. We present this case of a multilocular cyst which prior to surgical treatment, radiologically simulated various mediastinal tumors.

Key Words:

Thymus, tumor cyst

INTRODUCCIÓN

Alrededor del 65% de las lesiones mediastínicas en el adulto se localizan en el mediastino anterior y un 25% en el posterior, sobre todo a expensas de los tumores de origen neurogénico. Solo el 10% de las afecciones mediastínicas se hallan en el mediastino medio¹. El mediastino anterior contiene el timo, los ganglios linfáticos mediastínicos, la grasa mediastínica, la arteria pulmonar y la tiroides. Entre las enfermedades que afectan al mediastino anterior se tiene a los tumores tímicos de diferentes estirpes como el timoma y tumoraciones benignas como los quistes tímicos,

el timolipoma y la hiperplasia tímica; luego están los linfomas de Hodgkin y linfomas no Hodgkin; los tumores de células germinales (teratomas, seminomas, otros tumores malignos), el bocio cervical y el adenoma paratiroideo².

Los tumores primarios y quistes mediastínicos no son de presentación frecuente; afectan a todas las edades. Las manifestaciones clínicas de las lesiones que afectan el mediastino pueden ser poco llamativas y muy inespecíficas.

* Jefe del departamento de Terapia Intensiva del Instituto Nacional de Tórax (INT). Email: oscar4762@yahoo.es

** Cardiólogo del departamento de Terapia Intensiva INT.

*** Jefe del Servicio de Anatomía Patológica INT.

**** Médico Residente Nivel III de Medicina Crítica y Terapia Intensiva INT.



Fig. 1. Radiografía pósteroanterior de tórax que muestra imagen tumoral en mediastino anterior con proyección hacia el lado derecho

Las afecciones benignas son usualmente asintomáticas, mientras que en las malignas pueden predominar los síntomas generales en forma de un cuadro de afectación del estado general, fiebre y síndromes paraneoplásicos. Los signos focales suelen tener relación con la compresión o invasión de estructuras del mediastino y entre ellos cabe mencionar la disfonía, el síndrome de vena cava superior, derrame pleural, parálisis diafragmática, el síndrome de Horner, la disfagia y los síntomas respiratorios (estridor, disnea, cianosis, hemoptisis). El dolor suele adoptar características poco definidas y se manifiesta habitualmente como una opresión retroesternal.



Fig.2. Radiografía lateral derecha de tórax que muestra imagen tumoral en mediastino anterior.

En el diagnóstico de las enfermedades mediastínicas tiene especial relevancia las técnicas de imagen. La radiografía simple de tórax póstero-anterior y lateral es el primer medio a utilizar de forma inicial. La tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética nuclear (RMN) son medios que orientan mucho más sobre la naturaleza de la lesión, sus relaciones anatómicas y la presencia de afectación regional o a distancia.

Tienen también utilidad los medios que posibilitarán el diagnóstico histológico y que son siempre necesarios: punción transtorácica, mediastinoscopia anterior y videotoracoscopia. Los exámenes de laboratorio en general y el hemograma pueden ser muy inespecíficos, salvo en casos de tumores linfoproliferativos o en el hiperparatiroidismo, paragangliomas y tumores de células germinales donde es necesario realizar estudios específicos^{1,2,3}.

Dentro la patología tumoral, los quistes de timo son de presentación infrecuente, corresponde entre el 1% y 3% de las lesiones del mediastino. Son habitualmente asintomáticos, sin embargo, debido a su efecto de masa pueden presentar los siguientes síntomas: disnea, tos y dolor torácico. Los estudios de imagenología citados anteriormente son imprescindibles para determinar las características de estos tipos de masa tumoral^{1,3}.

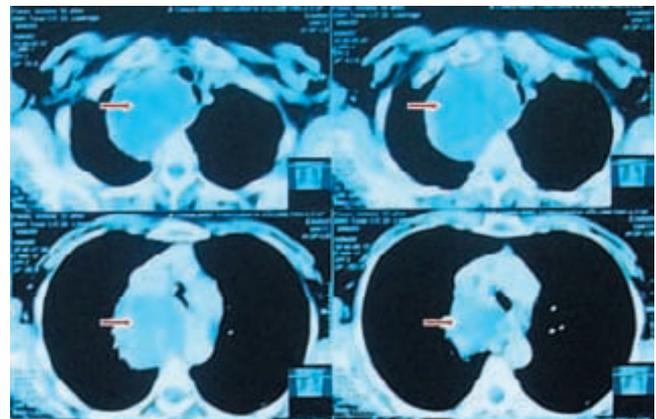


Fig. 3. TAC en posición axial que muestra tumoración loculada en mediastino anterior proyectada al lado derecho.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 56 años de edad, de ocupación labores de casa, admitida en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Instituto Nacional del Tórax (INT), para control post operatorio de: "resección de masa tumoral mediastinal".

Cuadro clínico: evolución de aproximadamente 8 meses, caracterizada por accesos de tos seca,

asociada a hiporexia, y pérdida de peso progresiva (aproximadamente 10 kg). Curso con incremento de los accesos de tos, expectoración mucosa, disnea de medianos esfuerzos y dolor torácico bilateral. Se realizó radiográfica de tórax (Fig. 1 y 2), la que evidencia tumoración en mediastino anterior con proyección derecha, para luego ser transferida al INT. Es internada en el Departamento de Neumología, con los diagnósticos de "Tumor mediastinal, linfoma, timoma, quiste hidatídico". La TAC de tórax, revela masa de aspecto quístico en mediastino, manteniéndose los diagnósticos presuntivos de Linfoma y Timoma, no descartándose el diagnóstico de Quiste hidatídico, (Fig.3), a pesar de la serología para hidatidosis que

fue negativa; la analítica sanguínea fue normal. Fue intervenida quirúrgicamente, realizándose exéresis de masa tumoral de consistencia semisólida, con dimensiones de 7.5cm x 6.5cm. no adherida a otros órganos vecinos. La pieza anatómica fue remitida al Servicio de Anatomía Patológica y citología el que informa: "Examen macroscópico: el espécimen consiste de una formación esférica, de 8 cm de diámetro; al corte se evidencia neoformación quística multilocular, con contenido serofibrinoide. El estudio microscópico revela pared quística constituida por tejido fibrocolágeno, con revestimiento de epitelio plano poliestratificado, con numerosos vasos sanguíneos", concluyendo con el diagnóstico de quiste de timo multiloculado .(Fig. 4).

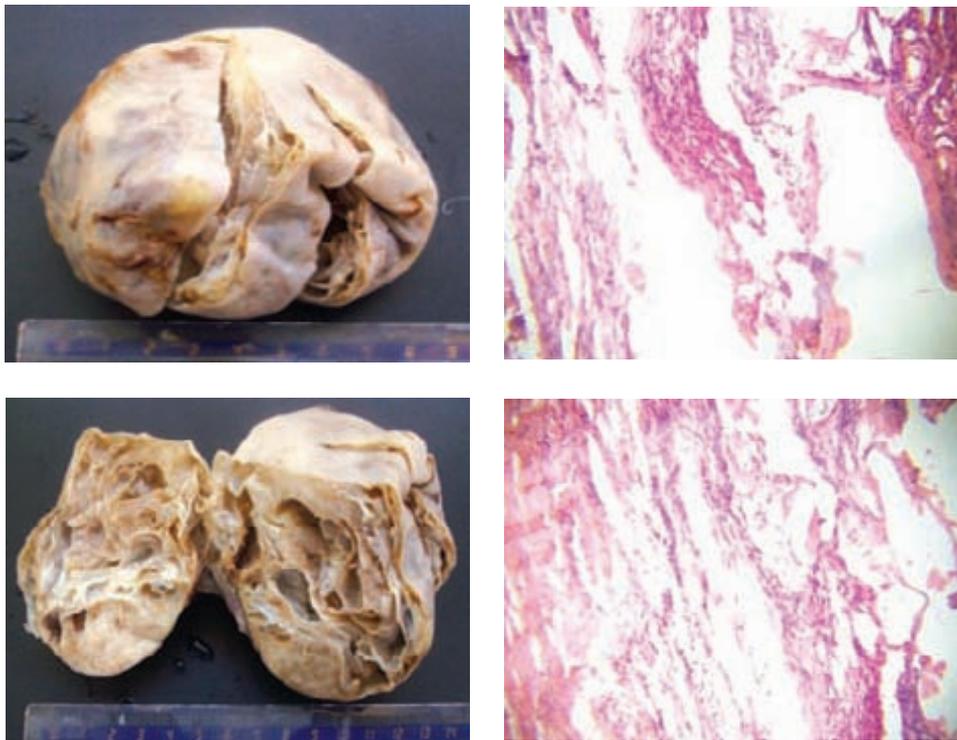


Fig. 4. Imagen macroscópica y microscópica de quiste tímico multiloculado

DISCUSIÓN

El timo es un órgano enigmático, ya que aparece durante el desarrollo embriológico, procedente de la tercera bolsa faríngea⁴, desciende por delante del corazón, desarrollándose hasta el periodo prepuberal⁵, y luego misteriosamente, involuciona hasta dejar solo vestigios. El timo órgano clave desde el punto de vista inmunológico, ha sido comparado⁶, a un preparador de agentes secretos, los linfocitos T encargados de patrullar y detectar agentes extraños, por eso mismo llamados, "Killer cells".

El timo eventualmente puede ser asiento de neoplasias (timomas)⁷, que aparecen en las radiografías de tórax junto a los grandes vasos, eventualmente en ubicación paracardiaca; no siempre se trata de timomas, sino como en nuestro caso, de quistes tímicos. El timo, como ya se dijo, procedente de la tercera bolsa faríngea, se detiene y "enquista" a nivel del cuello o más abajo, con las características radiológicas ya señaladas líneas arriba. El quiste tiene paredes finas revestidas en su interior por epitelio pavimentoso o cilíndrico, debiéndose hallar tejido tímico normal en la misma para ser identificado

como tal. Puede ser uni o multilocular, con contenido líquido viscoso claro parduzco. Estos hallazgos son coincidentes con el informe anatomopatológico del caso que presentamos.

Los quistes multiloculares son lesiones adquiridas, y por lo común son el resultado de una infección, trauma o neoplasia, como ocurre en la enfermedad de Hodgkin, o en la asociación con otras patologías, entre ellas el Síndrome de inmunodeficiencia humana y enfermedades autoinmunes como el Síndrome de Sjogren.

Las sintomatología del quiste tímico, si existe, dependerá de la estructura que comprima (disnea, disfagia, dolor torácico, etc.).

La publicación del presente caso tiene doble connotación. Primero la rareza de su aparición^{8,9}, y segundo porque radiológicamente indujo a pensar en quiste hidatídico, patología de creciente y alarmante frecuencia en nuestro medio, como ya hicimos notar en una anterior publicación¹⁰, pues el quiste hidatídico siendo una patología de aparición esporádica en nuestro medio, hoy es una autentica epidemia, con inocultable connotación socioeconómica.

Concluimos que los quistes tímicos son causa infrecuente de masa mediastinal, las cuales no son fáciles de discernir de un proceso neoplásico mediante radiografía. Pueden ser sospechados por ecografía, tomografía axial computarizada, y mejor definidos por Resonancia Magnética Nuclear. Aunque generalmente son benignos, hay casos descritos asociados a malignidad, por lo que la resección quirúrgica está indicada.

REFERENCIAS

1. Freixinet Gilart J. Enfermedades del mediastino. En: Cabrera Navarro P, Rodriguez de Castro F. Enfermedades respiratorias, 2da ed. Las Palmas de Gran Canaria-España. Unión internacional contra la Tuberculosis y enfermedades Respiratorias, 2005; 547-63.
2. Arcasoy S, Stollo D, Rosado M, Disorders of the mediastinum. En: Albert R K, Spiro SG, Jett JR (Eds). Comprehensive respiratory medicine. London Mosby: 1999; 74.1-74,10.
3. Gradim Tiveron M, Ribeiro Dias R, Benvenuti LA, Groppo Stolf NA. Thymic cyst as a differential diagnosis of acute thoracic aortic disease. Ev Bras Cardivasc 2008; 23 (4): 575-7.
4. Stollo DC, Rosado ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors. Part I. tumors of the anterior mediastinum. Chest 1997; 112: 511-22.
5. Stollo DC, Rosado ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors. Part II. Tumors of the middle and posterior mediastinum. Chest 1997; 112: 1344-57.
6. Bieger, R. C. and McAdams, A. J. Thymic cysts. A. Arch. Pathol. 82:535-541, 1996.
7. Dyer, N. H. Cystic Thymomas and thymic cysts. A review. Thorax 22:408-421, 1967.
8. Fahmy, S. Cervical thymic cysts: their pathogenesis and relationship to branchial cysts. J. Laryngol. Otol. 88:47-60, 1974.
9. Fielding, J. F., Farmer, A. W., Lindsay, W. K., and Conen, P. E. Cystic degeneration in persistent cervical thymus: a report of four cases in children. Can. J. Surg. 6:178-186, 1963.
10. Vera-Carrasco O, Fernandez-Dorado J, López-Alcócer R, Caihuara-Salas H. El quiste hidatídico: un problema de Salud Pública en La Paz. Revista Médica 2004; 10(3): 28-34.