

PRESENTACION DE CASO

Timoma. Presentación de un caso.

Thymoma. Presentation of a case.

Dr. Yandy Rodríguez Acosta ⁽¹⁾, Dr. Reinaldo Jiménez Prendes ⁽²⁾, Nancy Capin Sarria ⁽³⁾.

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. ² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. ³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 31 años de edad, atendido en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, operado por un cuadro de dolor torácico en región posterior derecha y la impresión diagnóstica de tumor de mediastino anterior, al cual se realizó timentomía por esternotomía media de Duval y Barostty. El resultado del estudio histopatológico fue un timoma linfoepitelial estadio II (invasor) con invasión microscópica de la cápsula. La evolución postoperatoria fue satisfactoria con posterior seguimiento por oncología.

Palabras clave: timoma; neoplasias del mediastino; estudios de casos

ABSTRACT

The case of a 31 years-old patient is presented, assisted in the University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" of Cienfuegos. This patient presented chest pain in its back right region, caused by a tumour in the anterior mediastinum, being carried out timentomy by median sternotomy of Duval and Barostty. The hystopathological results showed lymphoepithelial thymoma stage II (invasive) with microscopic invasion of the capsule. The postoperative evolution was satisfactory with further ontological follow up.

Key words: thymoma; mediastinal neoplasms; case studies

INTRODUCCIÓN

El timo es una glándula que participa en los mecanismos de maduración y diferenciación linfocitaria, fundamentalmente en la población joven. En el recién nacido tiene un peso aproximado de 15 grs. y crece hasta la pubertad alcanzando los 30-40 grs. A partir de ese período, sufre un proceso de involución hasta quedar reducido, en la edad adulta, a simples restos tímicos, o la total desaparición. ⁽¹⁾

Los timomas son tumores epiteliales del timo que podrían o no estar extensivamente infiltrados por linfocitos no neoplásicos. El término timoma es generalmente utilizado para describir neoplasmas que no presentan atipia manifiesta del componente epitelial. Cuando un tumor tímico exhibe claramente atipia citológica y características histológicas que ya no son específicas para el timo, se le conoce como carcinoma tímico o timoma tipo C. ⁽²⁾

Aproximadamente el 30 % de los pacientes con timoma son asintomáticos al momento del diagnóstico. Alrededor del 20 % presenta síntomas y signos originados por la compresión o invasión de los órganos vecinos, que generalmente sugieren malignidad, como son: tos irritativa, disnea, dolor retroesternal, disfonía, parálisis frénica, síndrome de vena cava superior y derrame pleural. ⁽³⁾

El timoma puede estar asociado a algunas enfermedades sistémicas por autoinmunidad. Del 30 al 40 % de los pacientes, presenta miastenia *gravis*; con menor frecuencia se asocia a hipogammaglobulinemia adquirida, o síndrome de Good (5 %), aplasia roja pura

Recibido: 3 de enero de 2008

Aprobado: 22 de febrero de 2008

Correspondencia:

Dr. Yandy Rodríguez Acosta.

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Avenida 5 de Septiembre y Calle 51-A. Cienfuegos. CP: 55100.

E-mail: yandy@jagua.cfg.sld.cu

(5 %), polimiositis y miocarditis, entre otras. ⁽⁴⁾

El presente artículo, tiene como objetivo dar a conocer el caso de un paciente operado en el Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos, en el mes de diciembre del 2004, con el diagnóstico de un tumor de mediastino.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 31 años, con antecedentes de epilepsia, sin tratamiento en el momento en que fue atendido, quien acudió a consulta médica por dolor torácico en región posterior derecha, de leve a moderada intensidad, acompañado de tos seca esporádica. El paciente refirió que el dolor había permanecido durante trece días, desde que realizó un esfuerzo físico. Al examen físico, presentó murmullo vesicular disminuido en hemotórax derecho. Se le realizó radiografía de tórax posteroanterior, que mostró una masa en el mediastino anterior. (Figura 1)



Figura 1. Ensanchamiento del mediastino sin desplazamiento de la tráquea.

Se le realizó además ultrasonografía transtorácica (Figura 2), así como ecocardiograma, tomografía axial computarizada, broncoscopia, estudio funcional respiratorio y ultrasonografía abdominal.

Como conducta terapéutica se decidió tratamiento quirúrgico. Se realizó timectomía por esternotomía media de Duval y Barostty (Figuras 3 y 4); se resecó una masa de unos 15 cm de diámetro (Figura 5), que no comprometía tejidos adyacentes.

El estudio histopatológico reportó el diagnóstico de timoma linfoepitelial estadio II (invasor), con invasión microscópica de la cápsula.

El paciente fue egresado sin complicaciones, a los once días de la intervención quirúrgica, para su posterior

seguimiento por oncología (Figura 6). A los 13 meses, ya se encontraba totalmente vinculado a su vida laboral y social sin limitaciones.

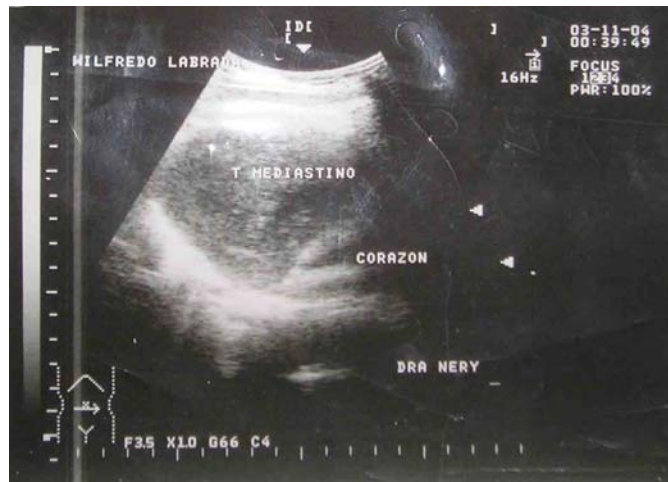
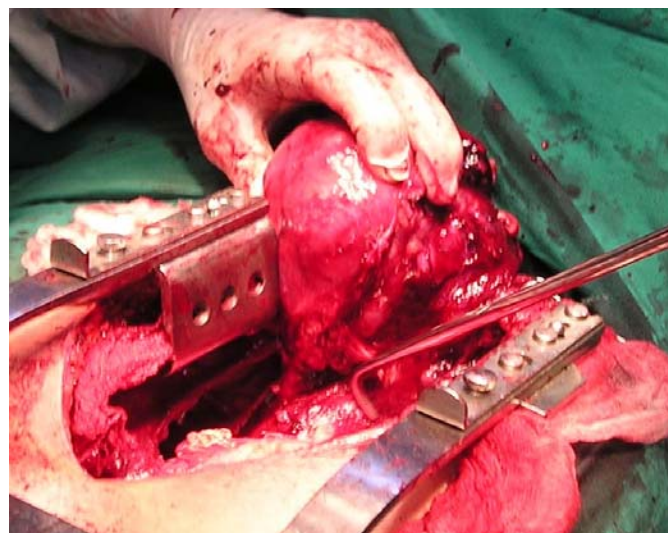
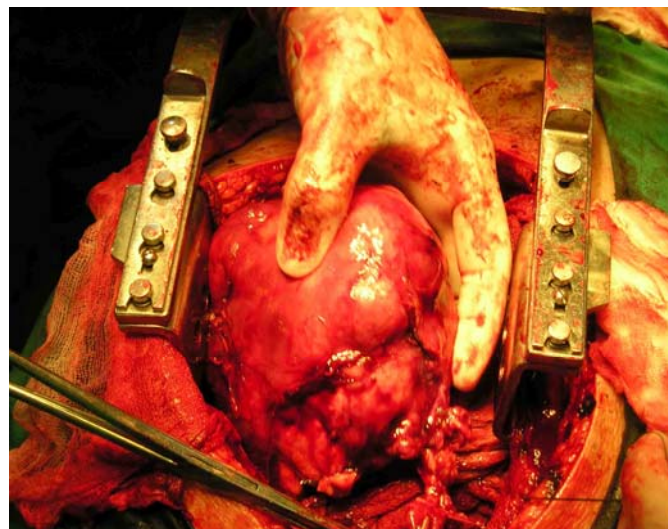


Figura 2. Imagen tumoral homogénea contigua a corazón.



Figuras 3 y 4. Excéresis del timoma.

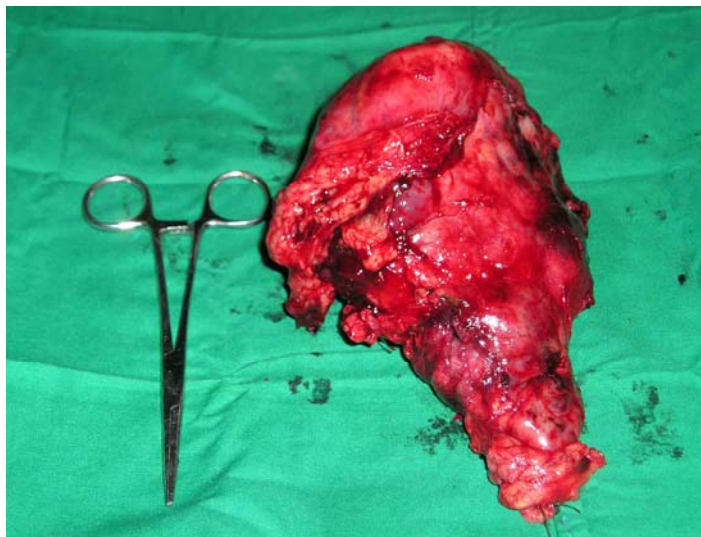


Figura No. 5. Muestra de la pieza quirúrgica.

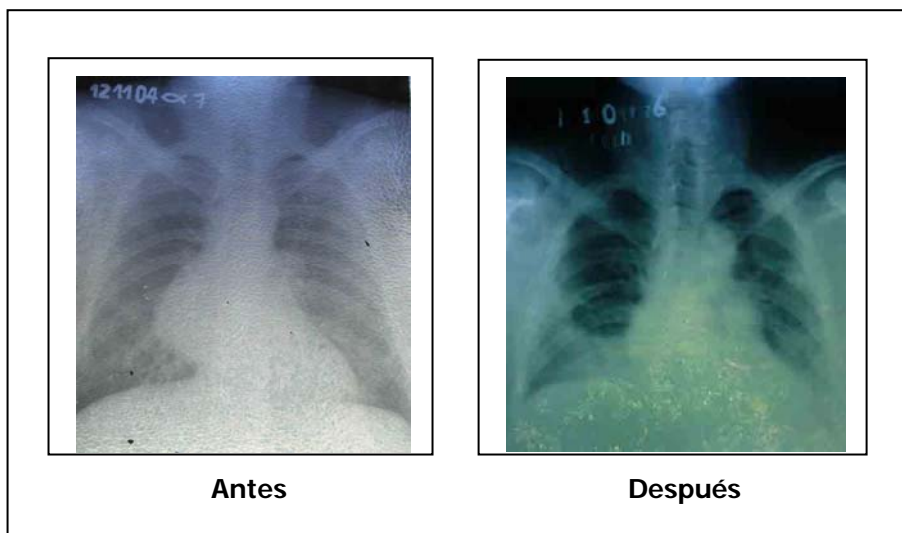


Figura 6. Imágenes radiográficas de antes y después de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

Los timomas son los tumores más frecuentes del mediastino, localizados casi exclusivamente en el compartimiento anterior⁽⁵⁾; constituyen en el adulto aproximadamente del 20 al 30 % de todos los quistes y tumores del mediastino. Se han descrito aisladamente timomas en el mediastino posterior, cuello, pulmón y pleura (5 % de los casos).^(1,6)

Los timomas invasivos y los carcinomas tímicos constituyen tumores relativamente poco comunes; ambos representan alrededor del 0,2-1,5 % de todos los tumores⁽⁷⁾. En general, los timomas son tumores indolentes con tendencia hacia la recurrencia local en lugar de hacer metástasis.⁽⁸⁾

En un estudio realizado en los Estados Unidos de América, la incidencia general de timoma maligno fue 0,15 por 100 000 personas al año.⁽⁹⁾

En alrededor del 50% de los pacientes, los timomas se detectan por coincidencia mediante una radiografía del tórax.⁽³⁾ La citología percutánea con aguja fina, puede diferenciar entre timoma, tumor de células gremiales, linfoma o enfermedad de Hodgkin. Los dos últimos requieren una biopsia para el diagnóstico definitivo. En un estudio reciente con 33 pacientes, esta técnica tuvo una especificidad de 94 % y una sensibilidad de 87 % para masas mediastinales anteriores.⁽⁶⁾

Masaoka et al, han clasificado el timoma basándose en el grado de invasión y lo han relacionado con el pronóstico. El estado I está completamente encapsulado microscópicamente, con una sobrevida a cinco años de 92,6 %; el estado II invade macroscópicamente el tejido graso vecino, la pleura mediastinal, o invade microscópicamente la cápsula, con una sobrevida de cinco años en un 85,7 % de los casos; en el estado III hay invasión macroscópica a órganos adyacentes con

una sobrevida de cinco años en un 69,9 % de los casos; el estado IV-A tiene compromiso pleural, o pericárdico difuso, metástasis linfática o hematogena, con una sobrevida de cinco años en menos del 50 %.⁽¹⁰⁾

La cirugía es la primera elección para el tratamiento de los timomas en estados I a III.^(3,8,11) La resección quirúrgica debe realizarse por esternotomía media, resecaando todo el tejido graso del mediastino anterior, incluyendo el timo, desde el opérculo torácico hasta el receso pericardiofrénico posterior y los nervios frénicos lateralmente. Los tejidos invadidos se deben resecaar, sin que esto adicione morbilidad postoperatoria. Para pacientes en estadio III, se debe preservar por lo menos un nervio frénico. Algunos autores recomiendan la resección y reconstrucción de los vasos comprometidos, con lo que obtienen una sobrevida a cinco años, que varía entre el 77 % y el 100 %.⁽⁶⁾

La recidiva local intratorácica, o la diseminación pleural, son las causas más importantes de la falla del tratamiento inicial. El 21 % de los pacientes en estado II y el 25 % en estado III, recidivan localmente y el efecto de la irradiación mediastinal en estos pacientes, no es evidente cuando se investiga por estado clínico. El timoma es un tumor radiosensible, y la irradiación puede acelerar la tasa de apoptosis de las células neoplásicas.⁽⁶⁾

La quimioterapia (QT) se ha utilizado en pacientes en estadio IV,⁽¹²⁾ o en recurrencias que no responden a otros tratamientos, debido a que los timomas son tumores quimiosensibles. El cisplatino, los corticosteroides y la doxorubicina, producen las mejores respuestas cuando se utilizan como agente único, en pacientes con timoma metastásico.⁽⁶⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caruso ES. Tumores del mediastino. Relato al 40 congreso argentino de cirugía torácica [Monografía en Internet]. Buenos Aires: Sociedad argentina de Cirugía Torácica; 1996 [Citado: 14 de mayo de 2000]. Disponible en: <http://www.sact.org.ar/tmediast.php>.
2. Rosai J. Histological Typing of Tumours of the Thymus. 2da Ed. New York: Springer-Verlag; 1999.
3. Schmidt-Wolf IG, Rockstroh JK, Schüller H. Malignant thymoma: current status of classification and multimodality treatment. *Ann Hematol.* 2003;2(2):69-76.
4. Okumura M, Ohta M, Tateyama H. The World Health Organization histologic classification system reflects the oncologic behavior of thymoma: a clinical study of 273 patients. *Cancer.* 2002;94(3):624-32.
5. Moore AM, Sweeney CJ, Wick MR, Loehrer PJ. Thymoma and Thymic Carcinoma. En: Raghavan D, Brecher ML, Johnson DH, Meropol NJ, Moots PL, Rose PG et al (Eds). *Textbook of Uncommon Cancer.* 3ra Ed. England: John Wiley & Sons, Ltd; 2006. p. 237-56.
6. Vergnaud JP, Penagos S, Lopera C, Vasquez J. Timona y miastenia gravis. *Revista Colombiana de Cirugía [Seriada en Internet].* 1998[Citado: 12 abril de 2001];13(4):[aprox.: 5 p.]. Disponible en: http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=18307&id_seccion=1280&id_ejemplar=1902&id_revista=96.
7. Fornasiero A, Daniele O, Ghiotto C, et al.: Chemotherapy of invasive thymoma. *J Clin Oncol.* 1990;8(8):1419-23,.
8. Ogawa K, Toita T, Uno T. Treatment and prognosis of thymic carcinoma: a retrospective analysis of 40 cases. *Cancer.* 2002;94(12):115-9.
9. Engels EA, Pfeiffer RM. Malignant thymoma in the United States: demographic patterns in incidence and associations with subsequent malignancies. *Int J Cancer.* 2003;105 (4): 546-51.
10. Masaoka A, Monden Y, Nakahara K. Follow-up study of thymomas with special reference to the clinical stages. *Cancer.* 1981;48:2485-99.
11. Cameron RB, Loehrer PJ Sr, Thomas CR Jr. Neoplasms of the mediastinum. En: De Vita VT Jr, Hellman S, Rosenberg SA, eds. *Cancer: Principles and Practice of Oncology.* 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 845-58.
12. Kondo K, Monden Y. Therapy for thymic epithelial tumors: a clinical study of 1 320 patients from Japan. *Ann Thorac Surg.* 2003;76:878-884.