

Tumoración en mediastino anterior (timoma) en una joven de 20 años

Javier Luna-Martínez,* Héctor César Duran-Vega,** Raúl Carrillo-Esper,***
Cosme Damian García-Torres****

Recepción versión modificada: 10 de marzo de 1999 aceptación: 7 de abril de 1999

Paciente femenina de 20 años de edad sin antecedentes de importancia con un cuadro clínico de un mes de evolución que consistía en astenia y adinamia, náusea y vómito así como cefalea, dolor en la espalda de tipo opresivo y pérdida de peso de cuatro kilogramos en este lapso. Su valoración incluyó una radiografía posteroanterior (PA) de tórax en la cual se observó la presencia de una masa mediastinal lateralizada a la izquierda, bien delimitada que ocupaba más de 30% del campo pulmonar izquierdo, dependiente del mediastino anterior en la proyección lateral. En la tomografía computada (TC) contrastada de tórax se confirmó la presencia de esta masa en mediastino anterior, de 12 centímetros de diámetro, con bordes bien definidos y apariencia sólida aunque tabicada en su interior con aparente infiltración a la pleura parietal anterior. Se decidió realizar una biopsia a cielo abierto, se diagnosticó: probable timoma contra disgerminoma, por lo que se decidió realizar posteriormente una toracotomía exploradora izquierda, encontrando una masa de apariencia grisácea sólida y bien delimitada, fija a tejido graso mediastinal pero sin afección

pleural. Se realizó disección y exéresis completa, sin observar lesión residual macroscópica. El reporte histopatológico definitivo fue el de timoma predominantemente linfocítico, con bordes libres.

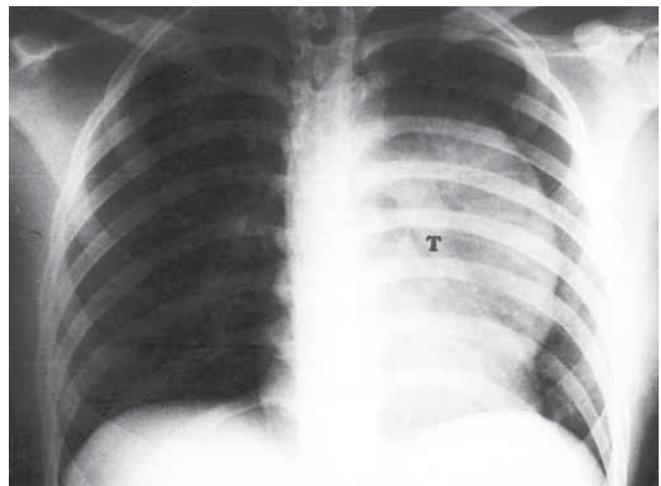


Figura 1. Tele de tórax que muestra una masa en mediastino, lateralizada a la izquierda con bordes bien delimitados. T: timoma.

*Jefe del Servicio de Cirugía General.

**Médico Residente de Cirugía General.

***Jefe del Servicio de Terapia Intensiva.

**** Residente de Anatomía Patológica

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Dr. Javier Luna-Martínez. Departamento de Cirugía General y Terapia Intensiva Hospital Central Sur de Alta Especialidad PEMEX Picacho.

El timoma ocupa el segundo lugar de frecuencia (19%) entre los tumores y quistes de mediastino (los más frecuentes son los de origen neurogénico), y es el más frecuente en el mediastino antero-superior (31%) con presencia máxima entre la quinta y sexta década de la vida. Se ha relacionado estrechamente con la miastenia gravis en un 30 a 50% de los casos. Es de crecimiento lento y aunque pueden cursar manifestaciones causadas por el efecto que ejerce esta masa en el tórax, por lo general el curso clínico es asintomático. Esto explica por qué la mayoría son detectados de manera accidental por una placa simple de tórax realizada por otros motivos. Las radiografías simples de tórax en posición PA y laterales son los estudios iniciales de mayor importancia ya que llegan a darnos la base para el diagnóstico, siendo la proyección lateral la principal debido a que en ésta el corazón no oculta las lesiones pequeñas como en la proyección PA en la cual se puede confundir con un crecimiento cardíaco. La imagen de un timoma en las placas simples consiste en una lesión ocupante de espacio que suele ser unilateral dependiente del mediastino anterior, redonda u oval de bordes por lo general bien definidos, que puede llegar a desplazar estructuras adyacentes como se observa en la figura 1. En ocasiones, los bordes

lobulados y mal definidos así como la bilateralidad observados en las radiografías pueden sugerir la presencia de invasión tumoral,¹ ya que la malignidad se correlaciona principalmente con crecimiento a través de su cápsula e invasión a otros tejidos en vez de la definición del tipo histológico. Sin embargo la TC con contraste intravenoso es claramente superior a las radiografías simples en el diagnóstico del timoma invasor. En ésta la imagen característica del timoma es una masa sólida de tamaño variable dependiente del mediastino anterior (Figura 2), por lo general con bordes definidos que puede presentar calcificaciones punteadas o lineales así como cavidades quísticas formadas como resultado de necrosis local del tumor. La TC es el método más importante para definir si existe infiltración local del mediastino o de estructuras cardiovasculares, linfáticas, pleurales, pulmonares o diafragmáticas,^{2,3} así como también es útil en el planeamiento quirúrgico, monitorización de la respuesta terapéutica y detección de la recurrencia.^{2,4} El diagnóstico diferencial en el mediastino antero-superior incluye tumores mesenquimatosos (timolipomas, fibromas), linfomas, tumores de células germinales (terato-dermoides, seminomas), carcinomas, tumores endócrinos (tiroideos) e incluso hernias de Morgagni. La terapéutica definitiva en el timoma es la resección con extirpación de la totalidad de la tumoración, del timo residual y del tejido adiposo circundante.⁵



Figura 2. Tomografía computarizada que muestra la lesión de característica sólida en mediastino anterior cerca de las estructuras vasculares y con imágenes quísticas en su interior, con el pulmón izquierdo rechazado hacia atrás. T: Timoma, P: Pulmón izquierdo.

Referencias

1. **Brown LR, Muhm JR, Gray JE.** Radiographic detection of thymoma. *AJR* 1980;13:1181-88.
2. **Yang WT, Lei KI, Metreweli C.** Plain radiography and computed tomography of invasive thymomas: Clinicoradiologic-pathologic correlation. *Aus Radiol* 1997May; 41(2):118-24.
3. **Korobbin M, Gassano VA.** Intracaval and intracardiac extension of malignant thymoma: CT diagnosis. *J Comput Assist Tomogr*, 1989 Mar-Apr;13(2):348-50.
4. **Ahn JM, Lee KS, Goo JM, Song KS, Kim SJ, Im JG.** Predicting the histology of anterior mediastinal masses: comparison of chest radiography an CT. *J Thor Imag* 1996;11(4):256-71.
5. **Morgenthaler TI, Brown LR, Colby TV et al.** Thymoma. *Mayo Clin Proc*, 1993 Nov; 68:1110-23.