

Timoma

Avedillo Carretero MM, Riesco Pérez Y, Burgos Fernández A, Boria Martín D
Centro de Salud de Toro. Zamora

Varón de 78 años de edad, que acude a Urgencias por tos escasamente productiva y disnea.

Es alérgico a la mitomicina y su índice de masa corporal es de 19,92. Es fumador y está diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, EPOC, cardiopatía isquémica, hipertensión arterial, carcinoma de vejiga en estadio A (tratado con resección transuretral y mitomicina) y polimialgia reumática.

En la exploración física se observa buen estado general. La auscultación pulmonar es normal. La auscultación cardiaca es rítmica y sin soplos.

Analítica: hemoglobina 15,2, leucos 18.000, albúmina 4,5, creatinina 1,22, Na 142 y K 4.4.

Evaluación de la función pulmonar: FVC 2790, FVC teórico 3813, FEV1 2040, FEV1 teórico 2744, FEV1/FVC 0,73, DLCO(%) 60.

Electrocardiograma: alterado ritmo sinusal a 60 lpm, eje QRS a 60°. Ecocardiograma: ventrículo izquierdo de tamaño y Q inferior, función sistólica normal, sin alteraciones segmentarias de la contractilidad y sin disfunciones valvulares, válvula aórtica fibrosada trivalva normofuncionante; estudio derecho dentro de la normalidad.

Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico a expensas de una masa en el mediastino anterior y superior medio, que produce sintomatología compresiva y es sugestiva de ser un timoma (figuras 1 y 2).

TAC tóraco-abdominal: masa en el mediastino ántero-superior de 7,3 x 11,8 x 9,3 cm que desplaza la subclavia izquierda.

El paciente ingresa para resección de dicha lesión. Es intervenido quirúrgicamente y se le realiza timectomía ampliada.

Anatomía patológica: timoma mixto (AB) con presencia de nódulos tumorales por rotura de la cápsula e invasión de la grasa circundante; dos ganglios linfáticos en la grasa peritumoral con cambios reactivos; bordes quirúrgicos libres; inmunofenotipo CKAE1 -, AE3 +, EMA + focal, CD 99 -, CD1 a +

focal homogéneo, Tdt -, CD57 + focal homogéneo CD 20 -, CD 3 +, p53 + focal, MIB-1 10-15 %.

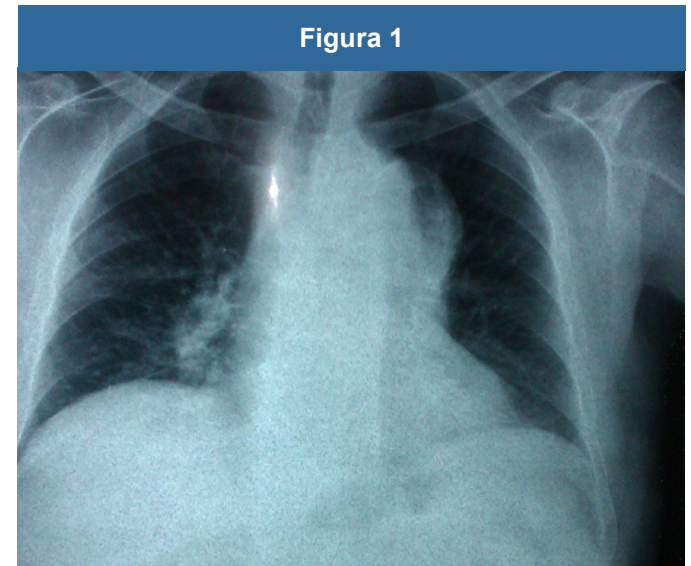


Figura 1

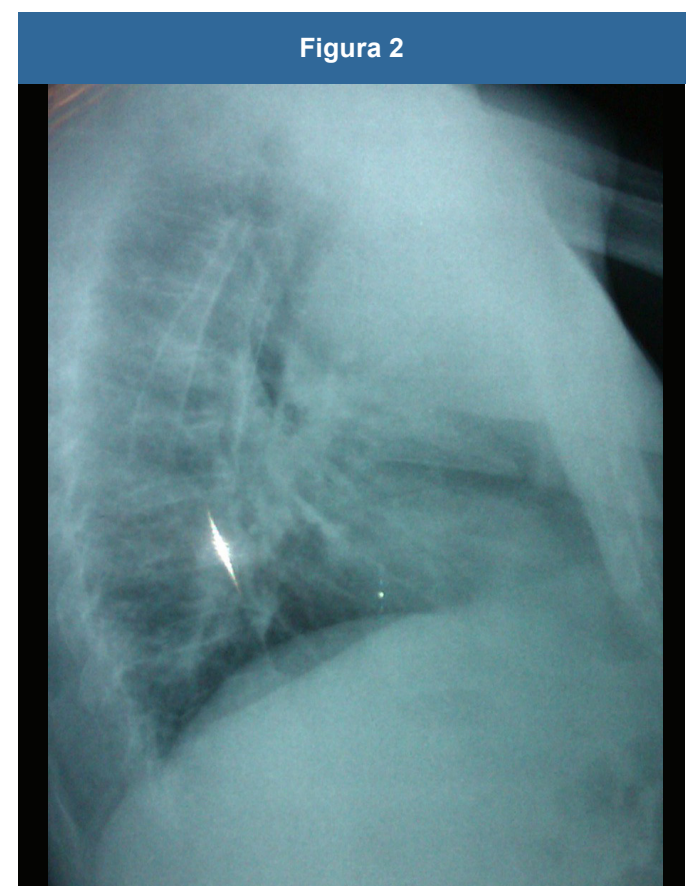


Figura 2

Con el diagnóstico de timoma mixto (AS), estadio IIB de Masaoka, es remitido para valoración de tratamiento radioterápico tras timectomía.

COMENTARIO

El timoma es una neoplasia específicamente de células epiteliales del timo que produce una alteración en los subconjuntos de linfocitos T y síntomas asociados a la compresión de las estructuras que rodean el timo (síndrome de la vena cava superior, disfagia, disnea, tos, dolor torácico...).

Predomina en el sexo femenino y la edad promedio varía entre 45 y 55 años. La miastenia gravis se halla más frecuentemente asociada a timoma entre la cuarta y la sexta década de la vida.

La sospecha diagnóstica de un timoma se basa en la historia clínica, sospecha que puede confirmarse radiológicamente por TAC y RMN.

El diagnóstico quirúrgico y el tratamiento se llevan a cabo simultáneamente con la biopsia.

Diferentes autores han correlacionado los subtipos histológicos con el comportamiento biológico del tumor y el pronóstico de los pacientes. Se ha encontrado la mayor incidencia de timoma cortical y mixto en pacientes con miastenia gravis, pero el tipo medular ha sido el de mejor pronóstico. El carcinoma tímico se ha observado poco en relación con la miastenia gravis.

BIBLIOGRAFIA

- Verley JM, Holman KH. Thymoma: a comparative study of clinical stages, histologic features, and survival in 200 cases. *Cancer* 1985;55:1075-86.
- Gotti G, Paladini P, Haid HH, Biaggi G, Dibisceglie H, Cieni R, et al. Late recurrence of thymoma and myasthenia gravis. *Scand J Thorac Cardiovasc Surg* 1995;29:37-8.
- Bulcley GB, Bass KN, Stephenson GR. Extended cervicomediastinal thymectomy in the integrated management of myasthenia gravis. *Ann Surg* 1997;226:324-35.