

Timolipoma mediastínico: caso clínico

Teresa Param S.¹; M. Bernardita Pacheco V.²;
Marcelo Valenzuela T.³

Resumen

Se presenta un caso de timolipoma mediastínico en un paciente de 14 años portador de asma bronquial, pesquisado durante el control de una crisis bronquial obstructiva. El diagnóstico de este tumor fue planteado por las imágenes en la Rx de tórax y por la tomografía axial computarizada (TAC) previo a su extirpación quirúrgica. No hubo síntomas atribuibles a este tumor, como tampono disminución en los volúmenes pulmonares a pesar de la gran masa que contenía el tórax. Al extirparlo se comprobó un peso de 1 200 g y el estudio histológico confirmó la sospecha planteada por la característica en la Rx y TAC de tórax.

(Palabras clave: timolipoma, mediastino, tumor, tórax.)

Mediastinal thymolipoma: a clinical case

We present a case of a thymic lipoma in a 14 year old patient with bronchial asthma. The tumor was diagnosed during an obstructive bronchial crisis, in which a chest x-ray and a CT chest scan were performed. The patient did not have symptoms from the tumor, even though it was a large mass weighing 1.200 g. Histological examination of the tumor confirmed the clinical diagnosis.

(Key words: thymolipoma, mediastinum, asthma, tumor, chest.)

INTRODUCCIÓN

El timolipoma es un tumor del timo poco frecuente, benigno y de lento crecimiento, compuesto de tejido adiposo maduro y tejido tímico de aspecto normal^{1,2}. Puede alcanzar grandes tamaños sin producir síntomas, constituyendo hallazgo en un examen radiológico efectuado por síntomas debidos a una infección respiratoria incluso banal, pero hay casos descritos con dolor torácico o disnea¹. Se han comunicado dos casos asociados a miastenia gravis¹ y un caso asociado a enfermedad de Graves.

Hasta 1997 se registraban 140 casos publicados en la literatura mundial. Este tumor tiene características anatomo-patológicas

descritas con exactitud, y lo que es más importante, características imagenológicas, especialmente en tomografía axial computarizada y resonancia magnética que permiten su diagnóstico preoperatorio.

Por todos estos antecedentes, y a pesar de su rareza, debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de los tumores del mediastino, especialmente cuando constituyen una masa del mediastino anterior.

En la presente publicación presentamos un caso de timolipoma encontrado en un niño asmático en el que se planteó el diagnóstico preoperatorio justamente por características típicas en los estudios de imágenes (radiografía (Rx) y tomografía axial computarizada).

CASO CLÍNICO

1. Servicio de Pediatría, Hospital Militar de Santiago.
2. Servicio de Radiología, Hospital Militar de Santiago.
3. Servicio Cirugía Infantil, Hospital Militar de Santiago.

Se trata de un paciente de sexo masculino, de 14 años de edad, portador de asma bronquial diagnosticada aproximadamente a los 5 años de edad.

Entre sus antecedentes figura un peso de nacimiento de 3 170 g, asfixia neonatal, reflujo gastroesofágico, hernia inguinal y fímosis operados a los 4 años, edad en que se consigna una Rx de tórax normal.

Consulta en nuestro servicio en septiembre de 1998 para control de una crisis obstructiva reciente, pidiéndose una radiografía de tórax para evaluarlo, la cual informa: "Opacidad tenue basal del pulmón derecho, que borra el seno costofrénico, el contorno diafragmático y cardíaco de este lado. En la proyección frontal se ve que tiene un límite superior bien definido que parte desde el hilio y baja oblicuamente hacia el seno costofrénico. En la proyección lateral también se observa este límite superior en la zona basal posterior y no se ve el hemidiafragma derecho. Esta imagen no produce efecto de masa, por lo tanto no hay zonas de atelectasias ni desplazamientos de otras vísceras intra o extratorácica. CR: aspecto radiológico sugerente de un timolipoma" (figuras 1a y b).

El aspecto radiológico bastante típico permitió a la radióloga plantear como primera posibilidad un timolipoma, diagnóstico que se confirmó con la tomografía axial computarizada de tórax (figura 2) que informa: "Voluminosa masa de estructura sólida, con claro componente adiposo, en la región mediastinal derecha. Mide al menos 16 cm de eje mayor. No provoca un efecto de masa significativo, solo determina leve desplazamiento posterior del lóbulo medio. La imagen es bien delimitada y, por arriba ocupa una posición mediastínica anterior correspondiente al área del timo. En la parte alta se detecta una zona de tejido más sólido que probablemente corresponde al remanente normal de timo". Para completar su estudio se realiza una espirometría cuyos resultados revelan valores espirométricos dentro de límites normales.

Se indica intervención quirúrgica que se realiza el 5 de enero de 1999, extirpándose un tumor sólido que pesó 1 200 g. La evolución operatoria y postoperatoria fueron satisfactorias.

El informe de la microscopia confirmó el diagnóstico de timolipoma: "Abundante tejido adiposo maduro rodeando a islotes de tamaño variable de tejido tímico que evidencia caracteres normales (linfocitos maduros e inmaduros y cuerpos de Hassal's dentro de límites normales) (figura 3).

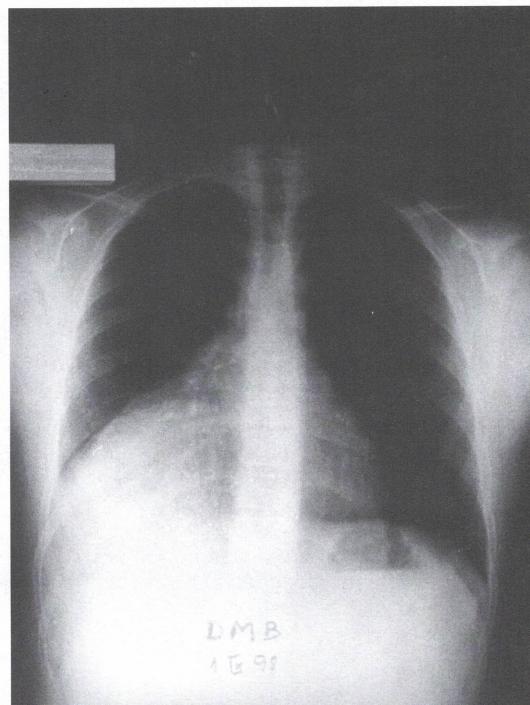


Figura 1a: Rx tórax AP. Masa en hemitorax derecho.

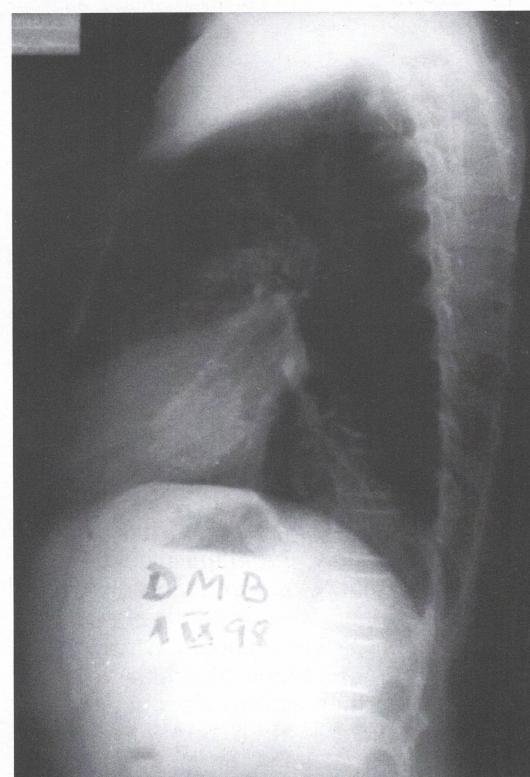


Figura 1b: Rx tórax lateral. Masa en mediastino anterior.

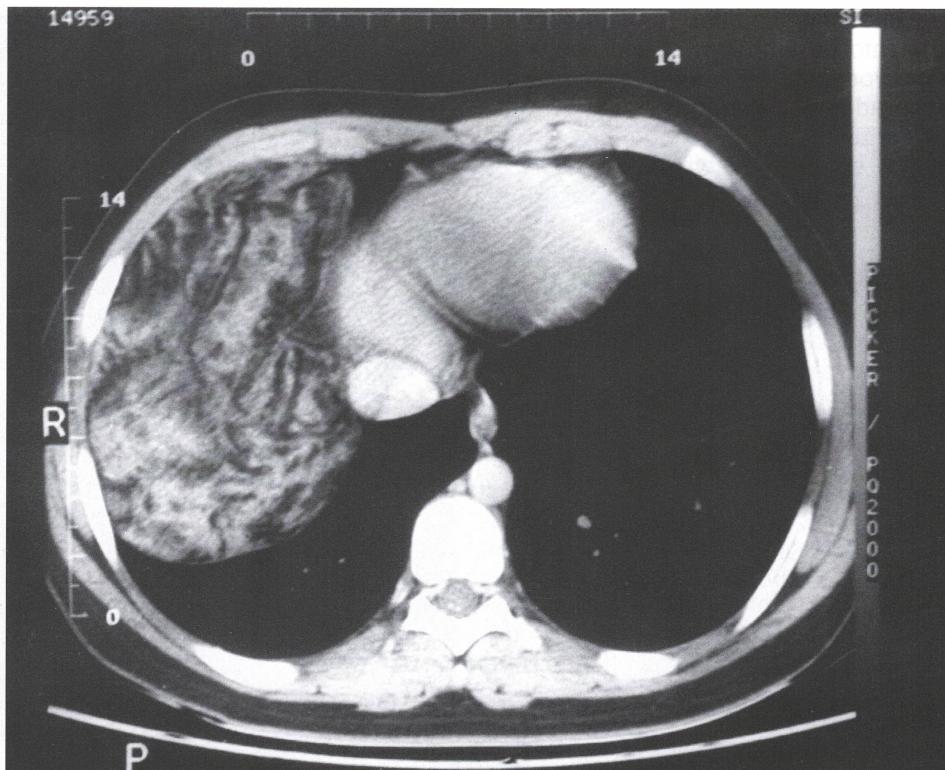


Figura 2: Tomografía tórax, masa aspecto sólido con componente adiposo en hemitórax derecho.

DISCUSIÓN

El primer caso de timolipoma descrito en la literatura fue publicado por Lange en 1916, pero no fue hasta 1948 en que Hall acuñó el término actual de timolipoma aplicado a este tumor^{3,4}.

Los timolipomas son tumores benignos de crecimiento lento y constituyen entre 2 a 9% de los tumores tímicos¹. Están compuestos por tejido graso maduro y tejido tímico normal⁵.

Se han propuesto varias teorías que tratan de explicar la patogenia de este tumor siendo la más aceptable la que sugiere que se trataría de una hiperplasia tímica difusa cuyo tejido va siendo reemplazado con tejido graso, de la misma manera a lo que ocurre en el timo normal³. Otros proponen que se trata de una hiperplasia del tejido graso del mediastino que engloba tejido del timo. Se estima que no es una variante de un timoma porque no se encuentran las características histológicas de este tumor.

En un extenso análisis de 130 casos, que incluye 43 casos reportados en la literatura japonesa, el rango de edad era de 3 a 76 años (\bar{x} 31,1 años), y no se observaba predilección por sexo. De los 130 casos, 25 fueron menores de 15 años. Aun en niños el peso promedio del tumor fue de 154 g a 2 235 g (0 709 g)³. Nuestro paciente tenía un tumor de peso considerable (1 100 g) sin que haya presentado algún síntoma atribuible a él. En general los síntomas no dependen del tumor, sino de las estructuras afectadas, como por ejemplo, compromiso del nervio vago².

Si bien generalmente es asintomático y constituye un hallazgo radiológico, ocasionalmente se ha asociado a Miastenia Gravis, anemia, taquicardia paroxística por compromiso vagal, enfermedad de Graves y enfermedad de Hodgkin³. En niños, se lo ha asociado con hipoplasia eritrocítica, hipogammaglobulinemia y asma bronquial³. Nuestro paciente presentaba crisis obstructivas esporádicas tratadas en forma ambulatoria y el tumor constituyó un hallazgo radiológico durante una crisis obstructiva.

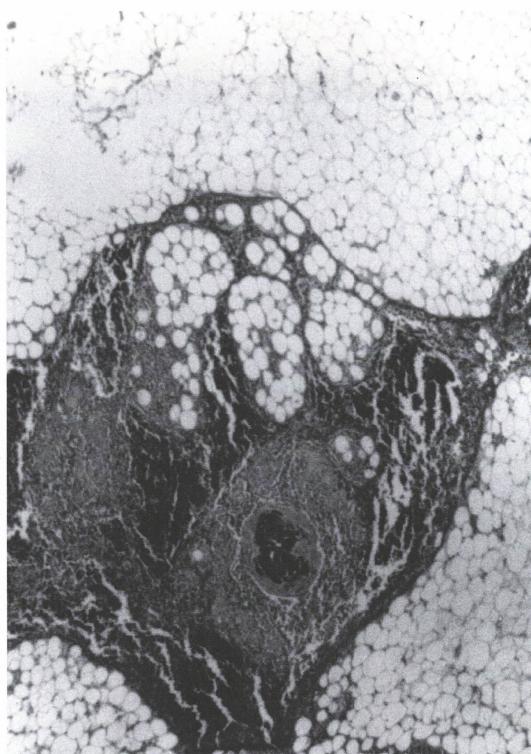


Figura 3: Examen histológico. Tejido tímico de aspecto normal rodeado de abundante tejido adiposo. 10 x.

Es importante hacer notar que la imagen radiológica era lo suficientemente característica para que el radiólogo planteara que se trataba de este tipo de tumor, lo que se reforzó con el scanner de tórax que mostró imágenes de densidad correspondiente al tejido graso¹ tal como se ha descrito en la literatura, y además la distribución de este tejido graso era característica.

Es importante recalcar la localización de este tumor en el mediastino anterior, si bien se puede extender y por su consistencia blanda, se adaptan a las otras estructuras del tórax.

El diagnóstico diferencial incluye timomas, lipomas, teratomas, liposarcomas, lipomatosis del mediastino, hiperplasia tímica masiva, hernia diafragmática, e incluso se han confundido con secuestro pulmonar³.

Puede ser imposible distinguir un timolipoma con tejido adiposo predominante de un lipoma mediastínico. La presencia de asas de intestino y la continuidad de las lesiones en el abdomen sugieren el diagnóstico de hernia diafragmática. Los teratomas maduros tienden a ser redondeados, lobulados, quísticos, de localización mediastínica anterior y generalmente contienen calcificaciones visibles en la tomografía de tórax¹.

El aspecto macroscópico es de un masa encapsulada, lobulada, blanda, de color amarillo. El tamaño es muy variable, describiéndose tumores de hasta 2 000 g.

El estudio histológico del timolipoma muestra una mezcla variable de tejido tímico y tejido adiposo maduro dentro del tumor. El tejido tímico está compuesto por elementos normales, es decir, células epiteliales, linfocitos y corpúsculos de Hassal's⁶. No hay características histológicas de malignidad y nunca se han descrito transformaciones malignas¹.

REFERENCIAS

1. Rosado M, Pugatch R, Morán C, Galobardes J: Thymolipoma: Analysis of 27 cases. Radiology 1994; 193: 121-6.
2. Benton C, Gerard P: Thymolipoma in a patient with Graves Disease. J Thorac Cardiovasc Surg 1996; 51: 428-33.
3. Kitano Y, Yocomori K, Ohkura M, Kataoba T, Narita M: Giant thymolipoma in a child. J Pediatr Surg 1993; 28: 1622-25.
4. Gregory A, Connery C, Resta-Flarer F, Davis J, Semel L, Holgersen L: A case of massive thymolipoma. J Pediatr Surg. 1997; 32: 1780-82.
5. Chew F, and Weissleder R: Mediastinal thymolipoma. Am J Roentgenol 1991; 157: 468.
6. Moran C, Zeren H, Koss M: Thymolipoma. Arch Pathol Lab Med 1994; 118: 281-2.
7. Herrera L, Oz M, Sally J, and Davies A: Thymolipoma simulating pulmonary sequestration. J Pediatr Surg 1982; 17: 313-5.
8. Rosai J, Levine GD: Thymolipoma. En Rosai J, Levine GD, Eds. Atlas of tumors of the thymus. Armed Forces Institutes of Pathology. American Cancer Society Inc. Washington 1976; 162-6.
9. Fraser R, Paré JA: Sinopsis of diseases of the chest. 2ed. Pennsylvania, WB Saunders 1994: 896-942.
10. Van Hoeven KH, Brennan M: Lipothymoadenoma of the Parathyroid. Arch Pathol Lab Med 1993; 117: 312-4.