

Multimed 2010; 14(1)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“CELIA SÁNCHEZ MANDULEY”  
MANZANILLO - GRANMA**

**Timoma Aberrante en Mediastino Inferoanterior. Presentación de un caso.**

**Aberrant thymoma in the anterior mediastinum. A case report.**

*Leonides Pernía Planas<sup>1</sup>; Carmen Esther Remón Chávez<sup>2</sup>; Álvaro Fernández Viera<sup>3</sup>  
Félix Pérez Aguilar<sup>4</sup>.*

**Resumen**

La glándula tímica puede ser el sitio de origen de una gran variedad de neoplasias malignas y benignas. Aunque estos tumores son relativamente infrecuentes en la población general, son de gran interés para la literatura médica por sus manifestaciones clínico-patológicas. Se reporta un caso de una mujer de 45 años de edad quien presentó dolor torácico derecho leve y disnea además de ensanchamiento mediastinal ínfero anterior derecho, en una radiografía de tórax (vista postero-anterior y lateral). La tomografía computarizada mostró una imagen hiperdensa, con realce de contraste de forma homogénea que hacia cuerpo con la aurícula derecha, desplazándola. Se realizó mediastinotomía transesternal y fue extraído un tumor blando, amarillento, el cual fue diagnosticado histológicamente como un timoma linfocítico.

**Descriptores DeCS: TIMOMA; NEOPLASIAS DEL MEDIASTINO.**

**Abstract:**

The thymic gland may be the place for a variety of malign and benign neoplasias. Although these tumors are relatively weird in the population, they are interest in the medical literature for their clinical- pathological manifestations. It is reported a case of a 45 year-old woman who presented minor right thoracic pain and dispnea with a mediastinal right anterior enlargement perceived in a thoracic radiography (lateral post-anterior view). The computerized tomography showed a hyperdense area, with homogeneous contrast . The transternal mediastinotomy was performed and a soft, yellowish tumor wa spotted. It was histologically diagnosed as a lymphocytic thymoma. The thymoma is a benign epithelial tumor of low grade, generally located in the upper anterior mediastinum. Nevertheless, when there is an ectopic or an aberrant gland, there may be found thymomas in some other mediastinal regions, such as the neck, hilus pulmonary, thyroid glands, lung or pleura.

The thymomas are the second most frequent neoplasias in the mediastinum with a 20% and the first neoplasias in the upper anterior mediastinum. They are not commonly presented in childhood and the major incidence lies in the third and fifth decades. They are usually symptomatic and the symptoms may be lymphocitic, epithelial (or both) . The mixt term lymphocitic and epithelial is used as a synonym of lymphoepithelioma. In literature there are numerous reports about the adequate treatment of thymoma , including surgery, radiotherapy, chemotherapy or the combination of both. Thymomas are surgically treated obtaining great results .

The diagnosed researches with image techniques are important and essential when determining the presence of tumors and their extension to adjacent structures. Systematic thorax radiographies consisting on a post anterior and lateral view and the TAC may show the thymomas. These tumors appear frequently as lobe masses, smooth in the upper side of the anterior mediastinum and they are generally projected in one hemithorax. The mass may be calcified, containing grease or be cystic and it is less frequent in the anterior – inferior mediastinum, like in this case.

**KEY WORKS: THYMOMA; MEDIASTINAL NEOPLASMS.**

## **Introducción**

El Timoma es un tumor epitelial benigno o de bajo grado localizado en general en el mediastino antero superior. No obstante, cuando la glándula es ectópica o aberrante, pueden encontrarse timomas en otras regiones del mediastino, cuello, hilio pulmonar, glándula tiroides, pulmón o pleura. (1)

Los timomas son las segundas neoplasias en frecuencia en el mediastino con un 20% del total y las primeras en el mediastino antero superior. (2) Raramente se presentan en la niñez (3, 4) y su pico de incidencia está entre la tercera y quinta décadas. Son usualmente sintomáticos y los síntomas se deben al efecto de masa sobre estructuras mediastinales causando tos, disnea, dolor torácico, hemoptisis y síndrome de vena cava superior. (5) Los timomas pueden ser predominantemente linfocíticos, epiteliales o mixtos (linfocíticos y epiteliales). (6, 7) Se utiliza el término mixto linfocítico y epitelial como sinónimo de linfoepitelioma. (8) En la literatura existen numerosos informes acerca del tratamiento adecuado de los timomas, el cual incluye cirugía, radioterapia, quimioterapia o la combinación de los dos últimos. (9, 10) En general los timomas son tratados quirúrgicamente con excelentes resultados.

Los estudios diagnósticos con técnica de imagen son importantes e imprescindibles a la hora de determinar la presencia del tumor y su extensión a estructuras adyacentes. Las radiografías de tórax sistemáticas que consisten en una visión posteroanterior (PA) y lateral y la TAC, pueden poner de manifiesto los timomas. Con frecuencia estos tumores aparecen como masas lobuladas, lisas en la cara superior del mediastino anterior y en general, se proyectan de preferencia en uno de los hemitórax. (11,12) La masa puede estar calcificada, contener grasa o ser quística y es poco frecuente que se presente en el mediastino anterior e inferior como en esta paciente que nos ocupa.

## **Presentación del caso.**

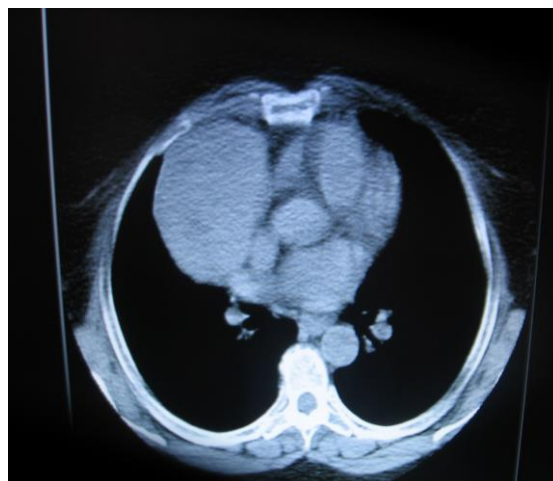
Se trata de una paciente del sexo femenino, obesa, de 45 años de edad, raza blanca de procedencia urbana, quien disfrutó de buena salud hasta un mes antes del ingreso.

Acude al cuerpo de guardia de nuestro hospital por disnea y dolor en hemitórax derecho, estos síntomas habían ido en aumento en los últimos 5 días. El examen físico y los complementarios de urgencia fueron normales, pero en la radiografía de tórax (vista postero-anterior y lateral) se observó un ensanchamiento mediastinal derecho sobre la sombra cardíaca y se indicó una tomografía computadorizada simple y con contraste. Se informó en esta la presencia de una imagen hiperdensa homogénea que se realza tras la inyección del contraste, localizada en el mediastino inferior y anterior en íntimo contacto con la aurícula derecha, desplazándola ligeramente. Por su gran vascularización, homogeneidad y localización pensamos en un fibroma mediastinal.

La paciente fue remitida a Ciudad de La Habana donde recibió tratamiento quirúrgico. Se realizó una mediastinotomía transesternal y fue hallado un tumor del mediastino anterior e inferior, de color amarillento, blando, y vascularizado. El seguimiento postoperatorio fue realizado en la unidad de cuidados intensivos; la recuperación fue buena y la paciente fue trasladada a sala abierta a las 48 horas. Fue dada de alta al quinto día. El seguimiento en consulta ha sido normal, sin complicaciones. El reporte histopatológico fue de un Timoma Linfocítico.



**Fig. 1 y 2.** Timoma de localización baja. La radiografía de tórax simple PA y Lateral derecha: muestra una masa que se extiende frente al borde cardíaco derecho, en mediastino inferior.



**Fig. 3.** Tomografía computarizada de tórax en la que se identifica un tumor mediastinal derecho que se proyecta delante el corazón. Capta contraste y su densidad es homogénea.



**Fig. 4.** Rx Tórax PA. Paciente después de Operada.

### Referencias Bibliográficas

1. Doppman JL, Oldfield EH, Chrousos GP, et al. Rebound thymic hyperplasia after treatment of Cushing's syndrome. *AJR Am J Roentgenol.* Dec 2002; 147(6):1145-7.
2. Fraser RS, Pare PD, Coleman N. Anterior mediastinal masses. In: Fraser RS, Muller NL, Colman N, Pare PD. *Fraser and Pare's Diagnosis of Diseases of the Chest.* 4th ed. Philadelphia, Pa: WB Sanders; 2004: 2884.
3. Higuchi T, Taki J, Kinuya S, et al. Thymic lesions in patients with myasthenia gravis: characterization with thallium 201 scintigraphy. *Radiology.* Oct 2005; 221(1):201-6.
4. Hofmann W, Muller P, Manke HG, Otto HF. Thymoma. A clinicopathologic study of 98 cases with special reference to three unusual cases. *Pathol Res Pract.* Jan 2006; 179(3):337-53.
5. Kornstein MJ, Curran WJ Jr, Turrisi AT 3rd, Brooks JJ. Cortical versus medullary thymomas: a useful morphologic distinction?. *Hum Pathol.* Nov 2006; 19(11):1335-9.
6. Lewis JE, Wick MR, Scheithauer BW, et al. Thymoma. A clinicopathologic review. *Cancer.* Dec 1 2007; 60(11):2727-43.
7. Nishimura O, Naito Y, Noguchi Y, et al. Thymolipoma: a report of three cases. *Jpn J Surg.* Mar 2007; 20(2):234-7.
8. Pescarmona E, Rendina EA, Venuta F, et al. Analysis of prognostic factors and clinicopathological staging of thymoma. *Ann Thorac Surg.* Oct 2006; 50(4):534-8.

9. Rosado-de-Christenson ML, Galobardes J, Moran CA. Thymoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics*. Jan 2007; 12(1):151-68.
10. Siegel MJ, Glazer HS, Wiener JI, Molina PL. Normal and abnormal thymus in childhood: MR imaging. *Radiology*. Aug 2002; 172(2):367-71.
11. Sinnathamby CS. *Last's Anatomy Regional and Applied*. 10th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
12. Suster S, Rosai J. Thymic carcinoma. A clinicopathologic study of 60 cases. *Cáncer*. Feb 15 2008; 67(4):1025-32.

---

<sup>1</sup> Especialista de Primer grado en Imagenología. Profesor Asistente.

<sup>2</sup> Especialista de Primer Grado en Imagenología. Profesor Asistente.

<sup>3</sup> Especialista de Primer Grado en Imagenología. Profesor Asistente.

<sup>4</sup> Especialista de Primer Grado en Imagenología. Profesor Instructor.