

HOSPITAL UNIVERSITARIO
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TIMOMA PLEURAL. PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE.

Por:

Dra. Raiza Rodríguez Antelo¹, Dr. Adrián Gómez Alemán² y Dr. Luis Toledo Sosa³

1. Especialista de I Grado en Neumología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Neumología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro".
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

TIMOMA
NEOPLASMAS DEL TIMO

Subject headings:

THYMOMA
THYMUS NEOPLASMS

Los timomas son neoplasias de células epiteliales tímicas, que poseen una variable proporción de linfocitos T no neoplásicos y están localizados generalmente en la región anterosuperior del mediastino¹. Se han descrito excepcionalmente en otras localizaciones: pulmón, cuello, tiroides y pleura. Los timomas de localización pleural primaria son poco frecuentes. Su origen en la pleura podría estar relacionado con restos tímicos, que pudieron haber emigrado en el esbozo pulmonar embrionario².

Presentación del paciente:

Se trata de un paciente de 58 años de edad, piel mestiza, con antecedentes de ser fumador, ingresa en el servicio de Neumología del Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro", en marzo de 2002 por presentar falta de aire al realizar esfuerzo físico, dolor torácico izquierdo, sensación de opresión en el tórax y tos seca³. Se realizan los siguientes exámenes complementarios, cuyos resultados fueron:

Hemoglobina: 12,6 g/dl, Hematócrito: 040, Eritrosedimentación: 20 mm/h, Leucograma: 8,5 por 10⁹, polimorfos: 068, linfocitos: 031, eosinófilos: 001.

Espustos BAAR I y II: codificación 0.

Espustos bacteriológicos: flora normal.

Rayos X de tórax: opacidades homogéneas que sugieren nódulos pulmonares en base y región infraclavicular izquierda, en contacto con la pleura; se plantea como diagnóstico una metástasis pulmonar. Tomografía axial computadorizada (389/2002): imagen hiperdensa en región de vértice izquierdo, adosada a la pared costal, así como múltiples imágenes de contornos irregulares con calcificaciones asociadas en mediastino anterior y posterior que desplaza la aorta hacia la línea media, en relación con adenopatías.

Impresión diagnóstica: Tumor de pulmón con adenopatías mediastinales⁴.

Ultrasonido abdominal: vesícula biliar, hígado, riñones, páncreas y bazo normales.

Broncoscopia: cuerdas vocales, tráquea y carina central normales. Se revisa árbol bronquial derecho que fue normal, y en el izquierdo, a nivel del segmento 8, se observa una mucosa pálida, deslustrada, por lo que se realiza cepillado y lavado bronquial. No se encontró tumor endobronquial, ni signos indirectos del mismo.

Lavado y cepillado bronquial: negativos de células neoplásicas. Presencia de escasos osteocitos. BAAF de pulmón: negativo de células neoplásicas; presencia de linfocitos⁵.

Se deja evolucionar al paciente durante 20 días y se repite la BAAF de pulmón, que resulta no útil. En estos momentos el paciente evolucionaba de forma estable con tratamiento de broncodilatadores, esteroides a bajas dosis (15 mg diarios), pero se niega a continuar realizándose estudios. Transcurridos 22 meses, el paciente acude nuevamente a consulta, con síntomas de dolor torácico izquierdo y tos. Al realizar examen físico se comprueba que tiene buen estado general, se encuentra bien nutrido, con la piel y mucosa normocoloreadas.

El aparato respiratorio no tiene tiraje, el murmullo vesicular está disminuido, casi abolido en las bases pulmonares, no se auscultan estertores. El resto de la exploración es normal.

Se repiten los exámenes complementarios, en los que no hubo nuevos hallazgos, y se solicita al servicio de cirugía de tórax que se realice una toracotomía exploratoria, por sospecharse la existencia de un tumor, con el objetivo de hacer resección completa del mismo o biopsia de pleura, si su extensión no permitiera la extirpación total⁶; se evidencia esta última circunstancia, por lo que se realiza la biopsia 5527-2003 en la que se informa: En los fragmentos examinados se observan grandes masas de células tumorales fusiformes, que forman remolinos ocasionales en un estroma con abundantes vasos sanguíneos ramificados; ellas alternan con pequeños grupos de linfocitos; existe una forma de crecimiento infiltrante a través de los tabiques alveolares y un elevado conteo mitótico. Se concluye como un timoma pleural (Figs 1 y 2) y se envía al centro de referencia para su diagnóstico definitivo.

Diagnóstico definitivo del Centro de Referencia # 7: Timoma predominantemente epitelial.

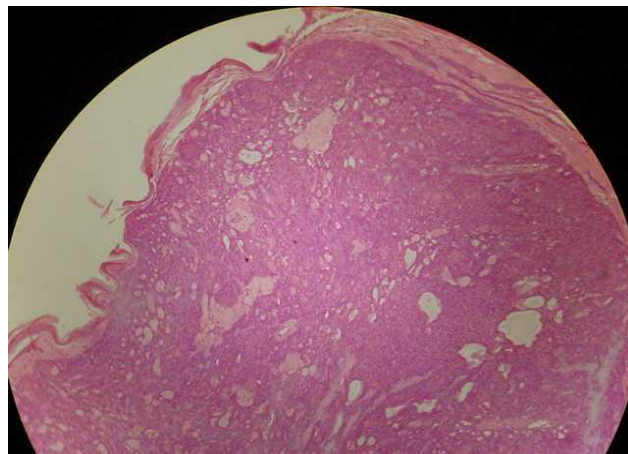


Fig 1 Estudio hístico del timoma pleural.

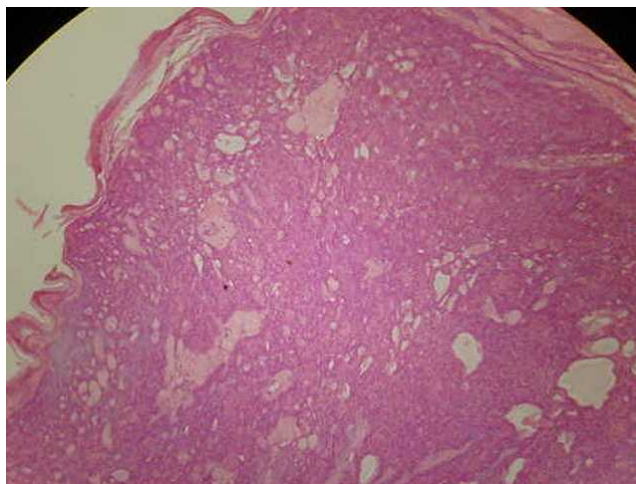


Fig 2 Visión ampliada del timoma pleural.

Comentario

Los timomas son neoplasia de crecimiento lento. La intervención quirúrgica es considerada como el tratamiento de primera elección⁶; en nuestro paciente no fue posible realizar la resección completa por la extensión del mismo; se tomó como alternativa el tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Actualmente el paciente evoluciona bien; se observa buena respuesta clínica y remisión de la enfermedad, después de dos años de evolución.

Referencias bibliográficas

1. Okumura M, Otha M, Tateyama H. The World Health Organization histologic classification system reflects the oncologic behavior of thymoma: a clinical study of 273 patients. *Cáncer*. 2002;94(9):624-32.
2. Chen G, Marx A, Wen-Hu C. New Who histologic classification predicts prognosis of thymic epithelial tumors: a clinicopathologic study of 200 thymoma cases from China. *Cáncer*. 2002;95(2):420-9.
3. Sperling B, Marschall J, Kennedy R. Thymoma: a review of the clinical and pathological findings in 65 cases. *Can J Surg*. 2003;46(1):37-42.
4. Muniesa Soriano JA. Hepatocitos [artículo en Internet]. 2001 [citado 10 Feb 2002]; [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.conganat.org/ibcongreso/comunic/como32/titulo.htm>
5. Greene MA, Malias MA. Aggressive multimodality treatment of invasive thymic carcinoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003; 125(2): 434-6.
6. Ogawa K, Toita T, Uno T. Treatment and prognosis of thymic carcinoma: a retrospective analysis of 40 cases. *Cáncer*. 2002;94(12):3115-9.