

Timoma epitelial como causa de dolor torácico durante una exacerbación atípica de asma: reporte de un caso

Epithelial thymoma as a cause of thoracic pain during an atypical exacerbation of bronchial asthma: a case report

Dra. Katerin Gómez León, Dr. Geovanis Alcides Orellana Meneses, Dr. José Luis Lorenzo Rubio, Dr. Alexander Concepción López

Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. Cuba.

RESUMEN

Introducción: la evaluación de un paciente con exacerbación de asma bronquial incluye la búsqueda de enfermedades que pueden simular, complicar o perpetuar esa situación. El dolor retrosternal es un síntoma atípico en pacientes con exacerbación asmática y entre las causas que lo pueden originar están las masas mediastínicas como el timoma. Un tercio de los pacientes con timomas pueden tener síntomas asociados a enfermedades autoinmunes y síndromes paraneoplásicos; sin embargo, aunque el asma bronquial tiene un componente inmunológico importante en su fisiopatología, la asociación del timoma con el asma está poco documentada.

Objetivo: ofrecer una enseñanza clínica a través de la presentación de un caso con asociación inusual de timoma y asma bronquial.

Presentación del caso: se presenta el caso de una paciente de 50 años que acudió a servicios de urgencias con exacerbación asmática y dolor torácico retrosternal. En tomografía computarizada de alta resolución se observó una masa en mediastino anterosuperior que tras realizar exéresis quirúrgica y estudios inmunohistoquímicos fue diagnosticada como un timoma epitelial tipo IIB.

Conclusiones: la presencia de síntomas inusuales en una paciente con exacerbación asmática condujo al diagnóstico de un timoma epitelial, aun cuando no se ha demostrado la asociación entre estas dos enfermedades.

Palabras clave: timoma cirugía, neoplasias del mediastino, asma.

ABSTRACT

Background: the evaluation of a patient with bronchial asthma exacerbation includes the search for diseases which can simulate, complicate or perpetuate that situation. The retrosternal pain is an atypical symptom in patients with asthmatic exacerbation and among the causes that can originate this symptom are mediastinal masses like thymoma. A third part of patients with thymomas might have symptoms associated with autoimmune diseases and paraneoplastic syndromes; however, although asthma has an important immunologic component in its pathophysiology, association of thymoma with asthma is poorly documented.

Objective: to offer a clinical lesson through a presentation of a case with unusual association of thymoma and asthma.

Case presentation: a 50 year-old female patient with asthmatic exacerbation and retrosternal thoracic pain came to emergency services. A mass in anterosuperior mediastinum was observed in computed tomographic high-resolution scan and after performing surgical exeresis and immune histochemistry studies an epithelial timoma type IIB was diagnosed.

Conclusions: the presence of unusual symptoms in a patient with asthma exacerbation led to an epithelial thymoma, even when there has not been shown association between these two diseases.

Keywords: thymoma, thymic neoplasms, mediastinal tumors, bronchial asthma.

INTRODUCCIÓN

Los timomas constituyen una neoplasia poco común derivadas de las células epiteliales del timo y representan menos del 1 % de los cánceres en el adulto. Una tercera parte de los pacientes con timoma se comporta de forma asintomática, otro tercio presenta síntomas y signos locales como tos, disnea, dolor torácico y el tercio restante puede presentar síntomas debido a síndromes paraneoplásicos o autoinmunitarios¹.

Entre las enfermedades autoinmunitarias asociadas con el timoma no se ha incluido el asma bronquial aunque, existen estudios que han demostrado la importancia del componente inmunológico en la fisiopatología del asma² y otras investigaciones que han sugerido la implicación de la quimiocina regulada y activada del timo en la patogénesis del asma³.

La estabilidad de las manifestaciones clínicas y la mejoría de la capacidad funcional respiratoria de los pacientes, así como la disminución de la necesidad de medicamentos de rescate constituyen elementos claves en el control del asma bronquial, sin embargo en ocasiones esta enfermedad no logra controlarse dando lugar a lo que se conoce como exacerbación asmática.

La exacerbación asmática es definida clínicamente como el aumento progresivo de la dificultad respiratoria, tos, sibilancias, opresión torácica o una combinación de estos síntomas⁴. En la evaluación de un paciente con este tipo de crisis se deben descartar trastornos que pueden simular, complicar o perpetuar los síntomas, entre ellas las masas mediastínicas.

Teniendo en cuenta los criterios antes expuestos se decidió realizar el presente artículo con el objetivo de ofrecer una enseñanza clínica a través de la presentación del caso de una paciente con antecedentes de asma bronquial que presentó exacerbación asmática más dolor torácico originado por un timoma epitelial, mostrando con esto la asociación inusual de esas dos enfermedades.

Para esta publicación se obtuvo el consentimiento de la paciente.

PRESENTACIÓN DE CASO

Una mujer de 50 años, asmática, acudió a servicios de urgencia con disnea de moderada intensidad, tos seca y dolor torácico retrosternal, no irradiado, que se intensificaba con la inspiración profunda. Después de recibir como tratamiento 3 dosis (cada dosis de 5 mg) de Salbutamol al 0,5 %, en nebulización, tuvo mejoría de la disnea y de la tos pero continuó refiriendo el dolor torácico.

En la radiografía de tórax (RxT), vista postero-anterior (PA) se observó una imagen opaca, homogénea, de bordes bien definidos, sin borrar el contorno cardiaco y en proyección del hilio izquierdo, con ocultación de este pero sin desplazarlo. ([Figura 1](#))

Posteriormente se le realizó una tomografía computarizada de alta resolución, contrastada, donde se observó en mediastino anterior una imagen redondeada, de aspecto tumoral, con contornos regulares, diámetros máximos de 7 x 5 cm, densidad de 89 unidades Hounsfield, la lesión realzaba el contraste, estaba vascularizada; no se observaron alteraciones cardiovasculares ni de las estructuras óseas ([Figura 2](#)).

A la paciente se le realizó una esternotomía media, se resecó totalmente una masa de 7 cm de diámetro que no comprometía tejidos adyacentes.

En el estudio histológico de la masa extirpada se reportó como diagnóstico un timoma epitelial, tipo B2 de la clasificación de la World Health Organization⁵.

En estudios de inmuistoquímica realizados en el Hospital Hermanos Ameijeiras, centro de referencia nacional en este tipo de estudios, localizado en la capital del país, en La Habana, se obtuvo: CD positivo en población tumoral, CD 20 negativo, CD 30 positivo en células T, TDT positivo en células inmaduras, con invasión microscópica de la cápsula, que según la clasificación de Masaoka⁵ correspondió a una neoplasia epitelial de timo tipo II.

Después de la cirugía la paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia, el cual fue realizado en el departamento de radioterapia del Hospital Celestino Hernández de la provincia Villa Clara; la dosis total recibida fue de 50 Gy.

El seguimiento de la paciente se ha realizado por los especialistas de los servicios de neumología y cirugía torácica del Hospital General Camilo Cienfuegos de Sancti Spiritus y después de varios meses la evolución de la paciente ha sido favorable.

DISCUSIÓN

En pacientes que consultan por síntomas y signos de una exacerbación asmática que no mejoran con el tratamiento administrado o que refieren otros síntomas no propios de estas crisis, siempre se deben tener presente una serie de enfermedades que pueden simular, perpetuar o incluso complicar una agudización asmática, entre ellas: neumonías, enfermedad pulmonar obstructiva crónica agudizada, tromboembolismo pulmonar, obstrucción de vía aérea superior, aspiración de cuerpo extraño, disfunción de cuerdas vocales, insuficiencia cardíaca congestiva, tumores intratorácicos o incluso una crisis de ansiedad⁴.

Las principales guías para el manejo del asma bronquial no incluyen el dolor torácico entre los síntomas típicos de las exacerbaciones asmáticas. En un estudio publicado en el sitio eHealthMe⁶, basado en reportes de la Autoridad reguladora de los medicamentos y alimentos de los EE.UU (FDA), se describió la presencia de dolor torácico en 2835 (5,72 %) pacientes de 49599 pacientes con asma bronquial encuestados y entre las causas asociadas al asma en el grupo de pacientes con dolor torácico referido ninguno tuvo diagnóstico de timoma.

En el caso que presentamos la presencia de dolor retrosternal constituyó el dato atípico en las manifestaciones clínicas durante la exacerbación asmática. Este dolor fue causado por un timoma epitelial que hasta ese instante no había sido diagnosticado ni había causado sintomatología que motivara la asistencia de la paciente a servicios de salud debido, quizás, debido a que el timoma, por la localización y el tamaño, en situaciones de ventilación normal (no forzada) no estaba en contacto con otras estructuras sin embargo, teniendo en cuenta que en una exacerbación asmática la expansibilidad y la retracción torácica están aumentadas, con inspiraciones y espiraciones forzadas, es posible que la proximidad y contacto del tumor con la pleura parietal fuera la causa del dolor torácico en esta paciente.

Si bien la literatura hace referencia a que entre el 30 y el 50 % de los pacientes con timomas pueden estar asintomáticos⁷, existen series de casos⁵ que describen un predominio de pacientes con síntomas.

En las RxT las imágenes correspondientes a los timomas por lo general son opacidades bien localizadas, de bordes bien definidos y con localización habitualmente central, sin embargo se han reportado casos con imágenes radiológicas con otras localizaciones y características. En el caso presentado la proyección hiliar en vista PA, es una de las formas típicas de presentación radiológica de los timomas.

CONCLUSIONES

En la paciente de este caso la presencia de síntomas inusuales en una exacerbación asmática condujo a la pesquisa y posterior diagnóstico de un timoma epitelial, aun cuando no se ha demostrado la asociación entre estas dos enfermedades.

REFERENCIAS

1. Santillán-Doherty P, Martín del Campo González LA. Neoplasias epiteliales del timo. *Cir Gen [revista electrónica]*. 2010;32 Supl 1 [consultado 05-03-2013]: Available from: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumenI.cgi?IDREVISTA=8&IDARTICULO=23847&IDPUBLICACION=2437>
2. Akbari O, Faul JL, Hoyte EG, Berry GJ, Wahlström J, Kronenberg M, et al. CD4+ Invariant T-Cell-Receptor+ Natural Killer T Cells in Bronchial Asthma. *N Engl J Med*. 2006 [consultado 05-03-2013];354:1117-29. Available from :<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa053614>
3. Hoshino M, Nakagawa T, Sano Y, Hirai K. Effect of inhaled corticosteroid on an immunoreactive thymus and activation-regulated chemokine expression in the bronchial biopsies from asthmatics. En: *The Cochrane Library*. 2005 Mar [consultado 05-03-2013];60(3):317-22. Available from : <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lang=es&lib=COC>
4. GINA 2012. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention Update 2012 [consultado 05-03-2013]. Available from : http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_Report_March13.pdf
5. González R, Santolaya R, Jadue A, Prats R, Mordojovich G, Rodríguez P. Neoplasias epiteliales del timo: timoma y carcinoma tímico. Caracterización, tratamiento y variables asociadas a supervivencia. *Rev Chil Cir [revista electrónica]*. 2012;64(6) [consultado 23-01-2013]: Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262012000600007&lng=en&nrm=iso
6. eHealthMe.com: Healthcare big data for ordinary people; c2013. Asthma and Chest pain: a study of 2,835 patients [citado 27 May 2013]. Available from : <http://www.ehealthme.com/cs/asthma/chest+pain>
7. Lo Nigro C, Geraci G, Sciuto A, Li Volsi F, Cupido F, Modica G. Surgical treatment of thymoma. Personal experience. *G Chir [revista electrónica]*. 2012;33(10) [consultado 30-04-2013]: Available from :<http://www.giornalechirurgia.it/common/php/portiere.php?ID=1309dfac80cf3961bbd7dafb920c2d79>

Recibido: 27/02/2013
Aprobado: 15/04/2013

Dra. Katerin Gómez León. Especialista de 1er grado en Neumología. Profesor Asistente. Máster en Educación Médica Superior. Hospital General Provincial Camilo Cienfuegos Sancti Spíritus. Cuba.