

Timoma no invasor

Indira Clavijo-Montecinos,* José Luis Criales*

Resumen de historia clínica

Paciente de sexo masculino de 58 años de edad, asintomático al momento del estudio.

Se obtuvo una radiografía de tórax por revisión anual.

Se realizó tomografía computada helicoidal (TCH) y reconstrucciones multiplanares.

Diagnóstico por imagen

En la radiografía de tórax se observó una lesión radiopaca redondeada de bordes definidos en el mediastino, adyacente al borde izquierdo del arco aórtico (Figura 1).

En los cortes de tomografía computada helicoidal (TCH) se observó una lesión ovalada, lobulada, bien delimitada con densidad de tejidos blandos (35UH), localizada anterior a la aorta ascendente (Figura 2), con calcificaciones en su interior. El tamaño de la lesión fue de aproximadamente 9 cm. Posterior a la administración de medio de contraste el reforzamiento fue mínimo y homogéneo (Figura 3). Las reconstrucciones multiplanares mostraron la lesión lobulada de bordes bien definidos y se confirmó que pertenecía al mediastino anterior (Figura 4).

El timoma es el tumor más común del timo y del mediastino anterior y superior (2do más frecuente después del linfoma) Se presenta particularmente en pacientes mayores de 40 años, sin predominio de sexo.



Figura 1. Tórax PA.- Lesión de localización anterior que no oblitera el borde izquierdo del arco aórtico (flecha).

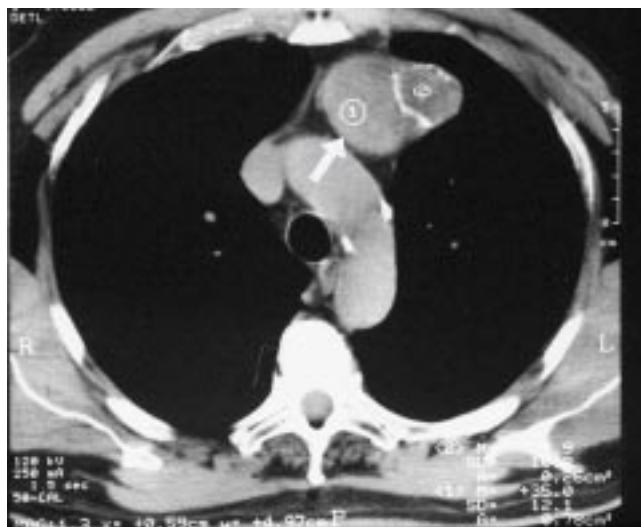


Figura 2. Tomografía computada helicoidal. En el mediastino anterior, se identifica una lesión sólida, única de contornos bien definidos y presencia de calcificaciones en su interior (flecha).

*Curso Universitario de Radiología. Clínica Londres / UNAM.

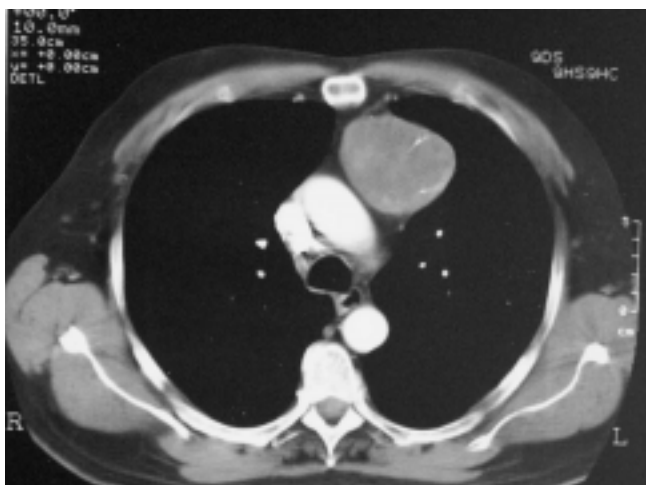


Figura 3. Posterior a la administración de material de contraste IV la lesión muestra mínimo reforzamiento.

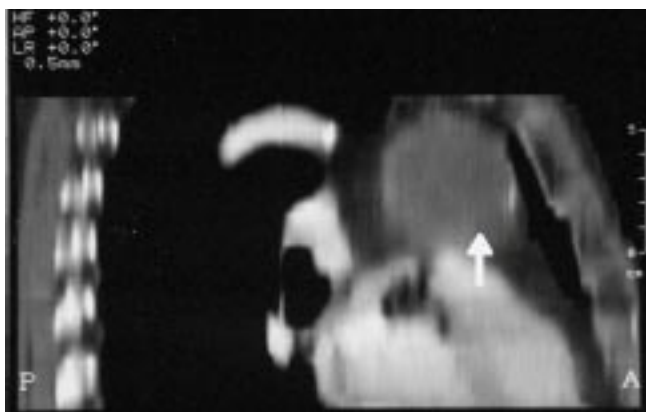


Figura 4. Reconstrucción oblicua, la lesión se localiza anterior al cayado aórtico (flecha).

Un 40% de los pacientes presentan síndromes paratímicos tales como miastenia gravis, aplasia, púrpura de células rojas e hipogammaglobulinemia.

La etiología es aún desconocida sin embargo, algunos autores encontraron relación con el virus Epstein-Barr.

Histológicamente, los timomas son neoplasias epiteliales primarias, que se clasifican en: no invasivos (encapsulados), contenidos en una cápsula fibrosa intacta, e invasivos (crecimiento microscópico fuera de la cápsula tumoral).

La mitad de los pacientes son asintomáticos. En 25-30% de los pacientes existen síntomas relacionados con compresión local o invasión a estructuras vecinas; tos, dolor torácico, disnea y disfonía.

El timoma es una neoplasia de lento crecimiento.

El diagnóstico de las lesiones del mediastino se puede lograr mediante el uso de varios métodos de imagen entre los cuales están la radiografía de tórax, la tomografía computada, que es el método de elección para el diagnóstico definitivo, y la resonancia magnética la cual es un método excelente para evaluar la presencia de involucro vascular.

Referencias

1. **Cardoso JM, Criales JL, Moncada R.** Tórax, Pulmón, Pleura y Mediastino. Colección Radiología e Imagen Diagnóstica y Terapéutica. Lippincott Williams & Wilkins 1999;311-312.
2. **Zylak CJ.** Diagnostic Approach Radiology of the Mediastinum in Taveras JM, Ferruci JT Radiology Diagnosis Imagen Intervention. Lippincott Raven publishers. Mayo 2000(1);74.
3. **Rosado-de-Christenson M, Galobardes J, Moran C.** Thymoma: Radiologic-Pathologic Correlation. Radio Graphics 12:151-168,1992.
4. **Sakai F, Sone S, Kiyono K y cols.** al: MR imaging of Thymoma: radiologic-pathologic correlation AJR 158:751-756.