



Timolipoma en un paciente con aparente cardiomegalia y problema diagnóstico. Comentario clínico

Arturo Aguillón-Luna,¹ José Juan Ramírez,¹ Martha O. García,¹ Cuauhtémoc Oros,² Teóculo Reyna,¹ Reynaldo Falcon²

RESUMEN Se presenta una mujer de 43 años de edad que desde hacía 12 años tenía dolor torácico izquierdo y aparentemente cardiomegalia. Seis años después una radiografía lateral de tórax mostró una masa retropericárdica que en la tomografía computarizada se extendía desde el mediastino anterior y superior hasta atrás del pericardio, sobrepasando el borde izquierdo del corazón. Se realizó biopsia con aguja, obteniéndose material de aspecto linfomatoso que se diagnosticó como linfoma no Hodgkin, por lo que durante 5 años recibió cuatro ciclos de quimioterapia y 27 sesiones de radioterapia. Cuando acudió a nuestro hospital la masa mediastinal persistía sin cambios, por lo que la paciente fue sometida a toracotomía izquierda. La masa no estaba fijada a estructuras mediastinales, y una vez resecada, el diagnóstico histopatológico fue de timolipoma.

Palabras clave: Timolipoma, masa mediastinal, timoma.

ABSTRACT A 43-years old woman had 12 years with pain in the left thorax and a supposedly cardiomegaly. Six years later, a lateral chest x-rays film showed a retropericardiac mass, which in the computed tomograph extended from anterior and superior mediastinum to behind the pericardium, overpassing the left border of the heart. A needle biopsy obtained lymphomatous material that was diagnosed as non-Hodgkin lymphoma. She received four chemotherapy cycles and 27 radiation sessions. When she was seen at our hospital, the mediastinal mass persisted without changes. During an open thoracotomy we found that the mass was devoid of fixation to mediastinal structures, and once resected it was diagnosed as a thymolipoma.

Key words: Thymolipoma, mediastinal mass, thymoma.

INTRODUCCIÓN

En ocasiones las radiografías simples del tórax no permiten discriminar qué estructuras anatómicas son las responsables de una imagen determinada. El caso que se presenta ejemplifica estas circunstancias y ofrece un problema diagnóstico de interés.

RESUMEN CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 43 años, auxiliar de enfermería, con antecedente de histoplasmosis pulmonar en su juventud. En 1987 presentaba dolor torácico izquierdo leve como único síntoma, la radiografía de tórax en proyección posteroanterior permitió identificar una aparente cardiomegalia (*Figura 1*). Recibió tratamiento con medicamentos que la paciente no toleró. Se ignora cuales. En

1993 una radiografía lateral de tórax (*Figura 2*) demostró una masa retropericárdica, por lo que se realizó tomografía axial computarizada de tórax en la que se observó una masa que se extendía desde el mediastino anterior y superior hasta atrás del pericardio, sobrepasando el borde izquierdo del corazón (*Figura 3*). Se realizó biopsia con aguja de *tru-cut* obteniéndose material de aspecto linfomatoso que se diagnosticó como linfoma no Hodgkin, por lo que recibió cuatro ciclos de quimioterapia con medicamentos que la enferma no recuerda, y 27 sesiones de radioterapia en un periodo de 5 años.

En septiembre de 1999 acudió al Hospital Central de San Luis Potosí, encontrándose en buenas condiciones generales, con aumento de peso después del tratamiento aplicado y con una evidente alopecia. El resto de la exploración no reveló anomalías. Se revisaron los últimos estudios radiográficos y tomográficos, en los que se observó la persistencia de la masa mediastinal ya mencionada, sin cambios significativos.

La fibrobroncoscopia demostró una ligera desviación anterior del bronquio inferior izquierdo y una mucosa de aspecto normal. El estudio citopatológico sólo mostró cambios inflamatorios discretos.

¹ Departamento de Cirugía y ² Departamento de Patología, Hospital Central "Dr. Ignacio Morones Prieto", San Luis Potosí, SLP.

Correspondencia y solicitud de sobretiros:

Dr. Arturo Aguillón Luna. Independencia No. 990, San Luis Potosí, SLP, México.

La paciente fue sometida a toracotomía izquierda. En el hemitórax se encontró una masa retropericárdica bien delimitada en su extremo inferior, de aspecto blanco-amarillento, fijada al mediastino anterior y superior. Se abordó a nivel del tercer espacio intercostal, se liberó el nervio frénico y se continuó la disección separando el tumor del arco aórtico hasta completar su disección y resección total (Figura 4). No se encontró fijación a estructuras mediastinales. El diagnóstico histopatológico fue de timolipoma (Figura 5).

COMENTARIO

El presente caso ilustra las dificultades diagnósticas de las masas mediastinales. El timolipoma es una neoplasia

benigna poco frecuente, constituyendo del 2% al 9% de los tumores tímicos,¹ encontrándose cerca de 140 casos publicados en la literatura. No hay predominio de sexo y edad, con una media de 26.7 años.² Hay gran variedad en su peso, que va de 10 a 6,000 g con una media de 500 g. Puede presentarse como una gran masa asintomática,³ aunque en el 56% de los casos hay dificultad respiratoria y dolor.^{2,4} Se caracteriza por un crecimiento difuso con preservación de la forma del timo, la superficie de corte es amarilla y lobulada, semejante a un lipoma, identificándose áreas blanquecinas y pequeños nódulos de tejido tímico. Histológicamente se compone de tejido adiposo maduro y tejido tímico de aspecto normal, aunque la médula puede estar reducida con escasos corpúsculos de Hassall.

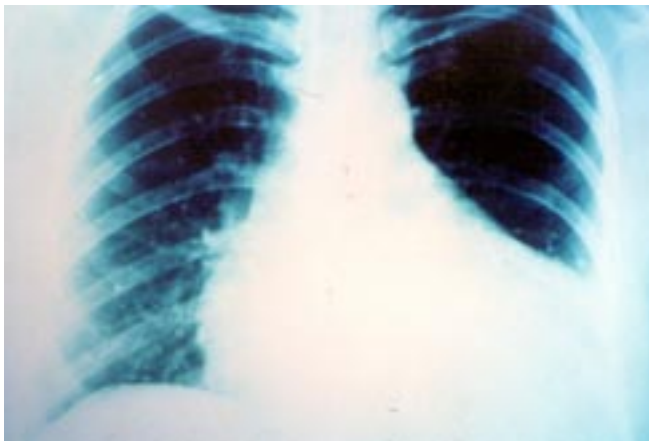


Figura 1. Radiografía de tórax anteroposterior, con aparente cardiomegalia. Existen múltiples calcificaciones pulmonares.



Figura 2. Radiografía lateral de tórax que muestra una masa retrocardiaca.

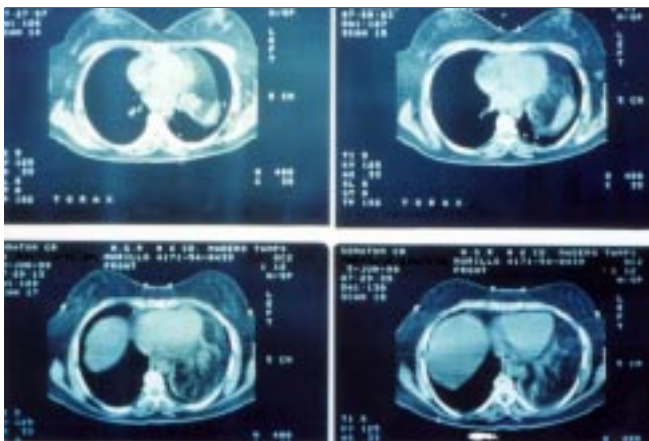


Figura 3. Tomografía computarizada de tórax en la que se identifica un tumor mediastinal que se proyecta atrás del corazón. Su densidad es heterogénea. La imagen cardíaca es normal.



Figura 4. Aspecto del tumor con dimensiones de 18 x 13 x 5 cm y con un peso de 600 g. Se encuentra cubierto por una capa blanquecina. Al corte se observa abundante tejido adiposo que alterna con áreas de tejido tímico.

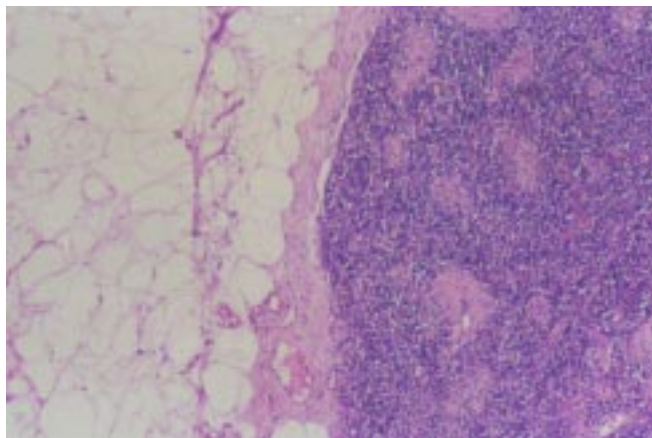


Figura 5. En el estudio histológico se observa timo atrófico con hialinización de los corpúsculos de Hassall y de los vasos sanguíneos inmersos en abundante tejido adiposo.

La naturaleza del timolipoma es aún discutible. Algunos autores lo consideran como una hiperplasia anormal del tejido adiposo, otros un tumor mixto de origen mesenquimatoso y endodérmico o hamartoma y, aún más, algunos lo consideran como un timoma con cambios adiposos ("involución adiposa").^{5,6} Un incremento proporcional del tejido tímico y del tejido adiposo maduro indican una verdadera hiperplasia del timo. Sin embargo, los casos informados en la literatura describen un predominio de células epiteliales corticales que rodean al parénquima tímico y al epitelio medular con abundantes corpúsculos de Hassall, lo que favorece la naturaleza hamartomatosa. En nuestro caso no se identificaron áreas de

hiperplasia tímica, elementos epiteliales o neoplásicos, ni desorganización de los componentes normales del timo. La hialinización de los corpúsculos de Hassall y de los vasos se consideró secundaria a la radioterapia. Puede especularse que este timolipoma se desarrolló en un tejido tímico aberrante, por los hallazgos operatorios que no requirieron disección de tejido glandular mediastinal.

El timolipoma se ha encontrado asociado a enfermedad de Graves, enfermedad de Hodgkin, leucemia aguda, hipogammaglobulinemia, anemia aplásica y miastenia gravis, ésta última en tumores de menos de 200 g.^{6,7}

REFERENCIAS

1. Shirkhoda A, Chasen MH, Eftekhari F, Goldman AM, Decaro LF. MR imaging of mediastinal thymolipoma. *J Comput Assist Tomogr* 1987; 11: 364-365.
2. Rosado-de-Christianson ML, Pugatch RD, Moran CA, Galobardes J. Thymolipoma: analysis of 27 cases. *Radiology* 1994; 193: 121-126.
3. Gregory AK, Connery CP, Resta-Flarer F, Davis JE, Semel L, Holgersen LO. A case of massive thymolipoma. *J Pediatric Surg* 1997; 32: 1780-1782.
4. Shimosato Y, Kiyoshi M. Atlas of tumor pathology. Tumors of the mediastinum. 3a ed. Armed Force Institute of Pathology: Washington DC. 1995: 33-38.
5. Bigelow NH, Ehler AA. Lipothymoma: An usual benign tumor of the thymus gland. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 23: 528-538.
6. Benton C, Gerar P. Thymolipoma in a patient with Graves' disease. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1966; 51: 428-433.
7. Pan CH, Chang CY, Chen SS. Thymolipoma in a patient with myasthenia gravis. Report of two cases and review. *Acta Neurol Scand* 1998; 78: 16-21.