

CONTENIDO

COMUNICACIONES

- ▶ Abstract
- ▶ PDF
- ▶ Comentarios
- ▶ Título
- ▶ Resumen
- ▶ Introducción
- ▶ Material
- ▶ Resultados
- ▶ Discusión
- ▶ Conclusiones
- ▶ Referencias
- ▶ Imágenes

QUISTE TÍMICO BILOCULADO. REPORTE DE UN CASO.

Góngora Jara, Hugo; Robador, Carlos Omar; De la Cuesta, Pedro.

Hospital Regional "Dr. Enrique Vera Barros" - Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló. La Rioja, Argentina.

IV-CVHAP 2001 COMUNICACIÓN-E - 047

Fecha recepción: 16/02/2001

Fecha publicación: 06/05/2001

Evaluación: Ver "Taller Patología del Mediastino"

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Los quistes tímicos son generalmente lesiones asintomáticas de rara presentación. Pueden ser divididos en dos tipos: Quistes tímicos uniloculares, considerados como malformaciones del desarrollo, originados en remanentes embrionarios del conducto timofaríngeo y los quistes tímicos multiloculares, considerados de naturaleza reactiva como resultado de inflamación con dilatación de las estructuras derivadas del epitelio ductal medular tímico, como los descritos en infecciones por HIV y probablemente los denominados abscesos de Dubois de la sífilis. En ambos tipos los quistes pueden estar tapizados por epitelio cilíndrico ciliado, plano, cúbico o de tipo escamoso.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 36 años que ante un examen clínico prelaboral, es advertido por la presencia de ensanchamiento mediastinal, en el estudio radiográfico torácico. Se realiza Tomografía Axial Computada y Resonancia Magnética Nuclear, identificándose lesión en mediastino anterior de 7,5x5,5x5 cm., superficie regular y límites bien definidos. Se extirpa por incisión torácica posterolateral izquierda. Al corte es quística biloculada con líquido de aspecto lechoso y grumoso. Se procesa para inclusión y secciones en parafina.

RESULTADOS: Histopatología: La pared quística mostró tejidos remanentes tímicos con escasos lobulillos y células reticuloepiteliales, con conformación de éstas en estructuras reminiscentes de corpúsculos de Hassall. El revestimiento epitelial plano luminal alternaba con grupos de histiocitos espumosos. Inmunohistoquímica: Citokeratina confirma la presencia de células reticuloepiteliales.

CONCLUSIONES: Los quistes tímicos son causa infrecuente de masa mediastinal, la cual no es fácil de discernir de un proceso neoplásico mediante radiografía. Pueden ser sospechados por ultrasonografía, tomografía computada, y mejor definidos con Resonancia Magnética Nuclear. Aunque usualmente son benignos, hay casos descritos asociados a malignidad; entonces la resección está indicada.

Palabras clave: quiste | timo | mediastino | benigno | quiste tímico



Fig. 1.

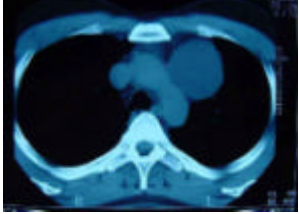


Fig. 2.

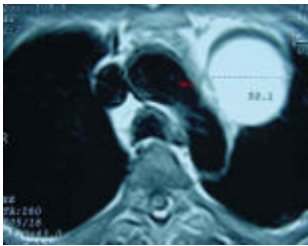


Fig. 3.

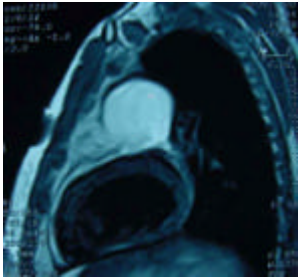


Fig. 4.

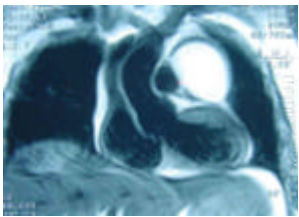


Fig. 5.



Figura 6

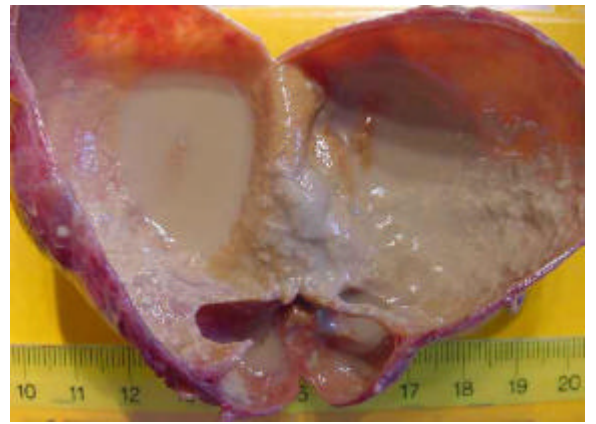


Figura 7

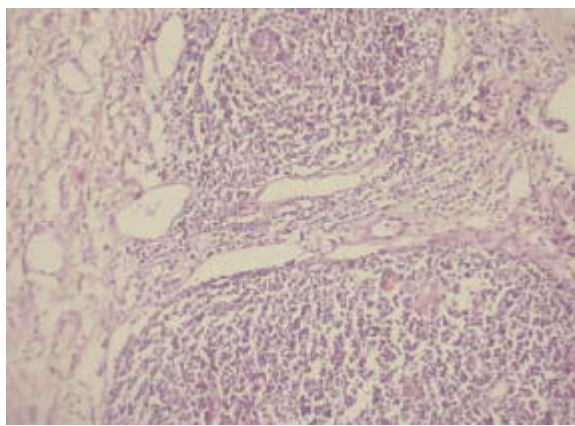


Figura 8

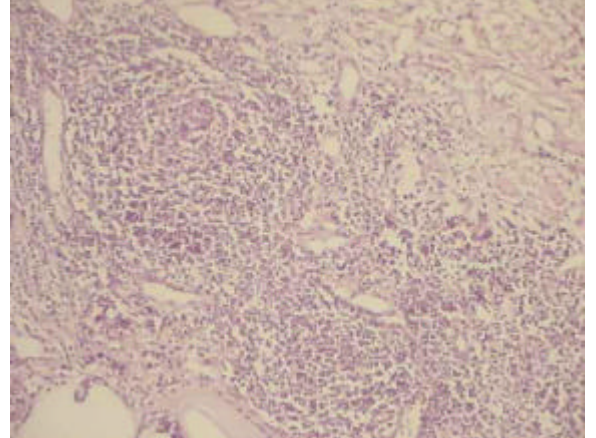


Figura 9

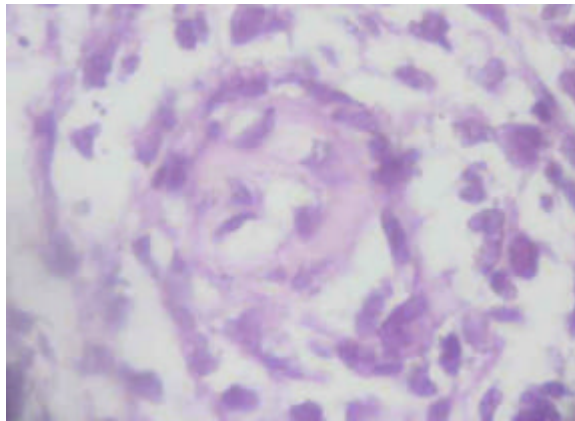


Figura 10

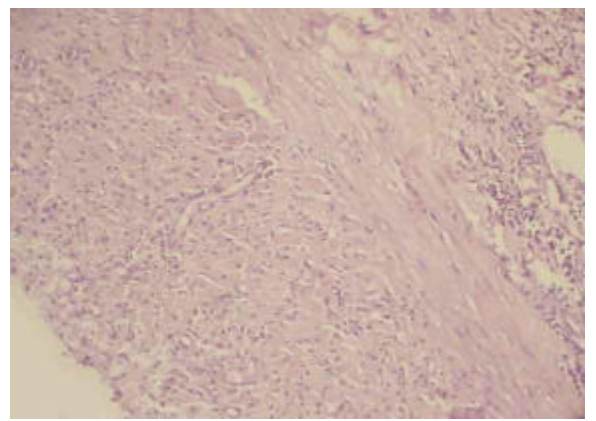


Figura 11

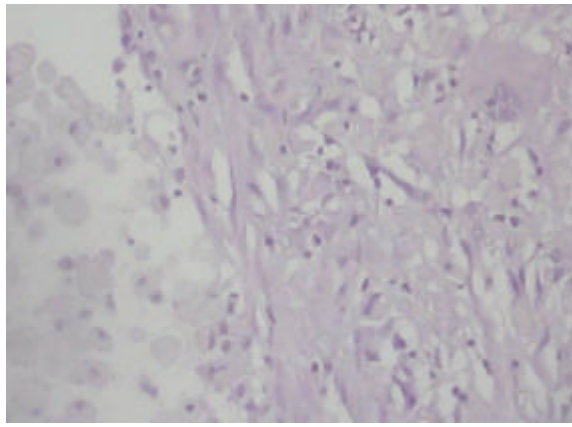


Figura 12

INTRODUCCIÓN

Los quistes tímicos son generalmente lesiones asintomáticas de rara presentación. Pueden ser divididos en dos tipos: Quistes tímicos uniloculares, considerados como malformaciones del desarrollo, originados en remanentes embrionarios del conducto timofaríngeo (1) y los quistes tímicos multiloculares, considerados de probable naturaleza reactiva (2), algunos casos como resultado de inflamación con dilatación de las estructuras derivadas del epitelio ductal medular tímico, otros como los descritos en infecciones por HIV (3) y los denominados abscesos de Dubois de la sífilis (2). En ambos tipos los quistes pueden estar tapizados por epitelio cilíndrico ciliado, plano, cúbico o de tipo escamoso.

Presentamos el caso de un varón de 36 años que ante un examen clínico prelaboral, es advertido por la presencia de ensanchamiento mediastinal, en el estudio radiográfico torácico. Se realizan estudios de imágenes más complejos, identificándose lesión en mediastino anterior de 7,5x5,5x5 cm., con aspecto quístico, que comparte las características microscópicas de los quistes multiloculares tímicos. Se describen los hallazgos morfológicos y se plantean diagnósticos diferenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente y Métodos: Varón de 36 años que ante un examen clínico prelaboral, es advertido por la presencia de masa mediastinal, en el estudio radiográfico torácico. La anamnesis no reveló síntomas. Se realiza Tomografía Axial Computada y Resonancia Magnética Nuclear, identificándose lesión en mediastino anterior de 7,5x5,5x5 cm., superficie regular y límites bien definidos. Se extirpa masa tumoral por incisión torácica posterolateral izquierda. Al corte es quística biloculada. Se procesa para inclusión, secciones en parafina y coloración con Hematoxilina-Eosina e inmunomarcación con anticuerpo anti-Citoqueratina.

RESULTADOS

El paciente de 36 años se presentó a un examen clínico rutinario prelaboral en la Ciudad de La Rioja; y es advertido en el estudio radiográfico torácico por la presencia de ensanchamiento mediastinal (Figura 1). Se realiza Tomografía Axial Computada (TAC), identificándose lesión ocupante de espacio en mediastino anterior (plano superior y medio), redondeada, regular y bien definida; hipodensa y homogénea sin compromiso de estructuras adyacentes y ocupando parte de hemitórax izquierdo. En esta oportunidad se sugiere la posibilidad de tumor tímico o linfoma (Figura 2). Fue evidenciada con mayor definición por Resonancia Magnética Nuclear (RMN), sin contraste, confirmando la presencia de formación redondeada, quística, uniforme, sin interrupción de la misma, de 5 cm. de diámetro transversal, localizada en grasa mediastinal anterior y superior, lateralizada a izquierda (Figura 3). No se observan imágenes de adherencia a tejidos vecinos, ni adenomegalias mediastinales, y tampoco alteraciones del parénquima adyacente a la lesión. La localización supracardiaca se observa en cortes sagital (Figura 4) y coronal (Figura 5) de RMN. Se realiza extirpación quirúrgica a través de incisión torácica posterolateral izquierda, no identificándose infiltración a tejidos adyacentes.

MACROSCOPIA: La masa tumoral ovoidea, ligeramente lobulada medía 7,5x5,5x5 cm. La superficie externa lisa y brillante dejaba traslucir vasos sanguíneos (Figura 6). Al corte es quística con líquido de aspecto lechoso y grumoso, destacándose colorido amarillento en la superficie interna. Además se identificó tabicación hacia un polo, dándole aspecto biloculado (Figura 7). No se observaron nódulos murales, ni remanentes evidentes de tejido.

MICROSCOPIA: La pared quística mostró tejidos remanentes tímicos con escasos lobulillos y células epiteliales (prácticamente solo en la zona de tabicación) (Figura 8 y Figura 9), con conformación de éstas en estructuras reminiscentes de corpúsculos de Hassall. (Figura 10). El revestimiento epitelial plano simple luminal fue un hallazgo muy aislado. En la mayor parte la luz quística carecía de revestimiento epitelial y se veían expuestos abundantes histiocitos espumosos (Figura 11). Se observó prácticamente en todos los cortes, pared fibrosa con extensa reacción granulomatosa histiocitaria y de células gigantes en relación a material de tipo colesterol. (Figura 11 y Figura 12) Inmunohistoquímica: anticuerpo contra Citokeratina confirma la presencia de células epiteliales tímicas.

Se obtuvo información de estudio de material de punción en otro centro con el siguiente informe: Líquido color blanco, consistencia fluida. Al estudio microscópico se identificaron linfocitos e histiocitos.

DISCUSIÓN

Los quistes tímicos son generalmente lesiones asintomáticas de rara presentación. Pueden ser divididos en dos tipos: Quistes tímicos uniloculares y multiloculares. Los primeros son considerados como malformaciones del desarrollo, originados en remanentes embrionarios del conducto timofaríngeo, más frecuentes en cuello que en mediastino. En un estudio de 80 casos de masas tímicas cervicales en personas de entre 2 y 13 años, el 90% eran quísticas, más frecuentes en varones (1). Los quistes tímicos multiloculares, considerados de naturaleza reactiva (2), como resultado de inflamación con dilatación de las estructuras derivadas del epitelio ductal medular tímico, como los descritos en infecciones por HIV (3) y probablemente los denominados abscesos de Dubois de la sífilis (3). En ambos tipos los quistes pueden estar tapizados por epitelio cilíndrico ciliado, plano, cúbico o de tipo escamoso. En el caso de los quistes tímicos multiloculares el revestimiento epitelial puede estar ausente por la severa inflamación subyacente o en el otro extremo presentar imágenes de hiperplasia pseudoepiteliomatosa (4).

El principal diagnóstico diferencial a tener en cuenta es el de un timoma con cambios degenerativos quísticos (5). Estos tumores, al corte en general muestran áreas sólidas dispersas, o un nódulo predominante (nódulo mural) y se han descrito solo raros casos aislados que resultaron en una casi

completa transformación quística. Es importante tener en cuenta que en los timomas quistificados se observan los remanentes tumorales en las paredes, caracterizados por una población dual de células epiteliales y linfocitos; mostrando espacios perivascuales algunos con aspecto microquístico. En los casos donde el timoma es predominantemente linfocítico, se pueden observar áreas de diferenciación medular con abundantes células epiteliales. También hay casos con predominio de células fusadas, entremezcladas con linfocitos y aún casos asociados a quistes tímicos multiloculares. Se destaca aquí que en las porciones quísticas del timoma es característica la ausencia de revestimiento epitelial (5), y que las características descriptas en estos, están ausentes en los quistes tímicos multiloculares o uniloculares.

El caso que presentamos exhibe las características de los quistes tímicos multiloculares, como abundante inflamación en la pared, con reacción granulomatosa gigantocelular e histiocitos espumosos a material de tipo colesterol; presentar epitelio plano, aunque el epitelio estuvo prácticamente ausente por la severa inflamación como en otros casos descriptos (6). La particularidad del caso que presentamos es que había solo dos lóbulos divididos por un tabique de tejido conectivo.

Otras condiciones que deben ser incluídas en los diagnósticos diferenciales son los cambios degenerativos de quistificación en linfomas Hodgkin y seminomas, así como los linfangiomas quísticos (2).

CONCLUSIONES

Los quistes tímicos son causa infrecuente de masa mediastinal, la cual no es fácil de discernir de un proceso neoplásico mediante el estudio radiográfico. Pueden ser sospechados por ultrasonografía, Tomografía Axial Computada, y mejor definidos por RMN.

El estudio citológico no es de ayuda, como se observó en este caso.

Aunque usualmente son benignos, se necesita el estudio histológico de la pared para poder diferenciarlo de cambios degenerativos de quistificación en linfomas Hodgkin, seminomas y timomas malignos; así como de lesiones benignas tales como timomas quísticos y linfangiomas quísticos.

El caso descrito comparte las características microscópicas de los quistes tímicos multiloculados, con la peculiaridad de ser biloculado.

AGRADECIMIENTOS

- Al Prof. Dr. H.A. Barceló por la facilitación del material bibliográfico.

- Al Sr. Tutino Pierino, del IUCS Fundación Barceló por el asesoramiento en la digitalización de imágenes.

NOTAS AL PIE DE PÁGINA

Correspondencia: Dr. Hugo Góngora Jara. Hospital Regional "Dr. Enrique Vera Barros" - Instituto Universitario de Ciencias de la Salud Fundación H. A. Barceló. La Rioja, Argentina. <mailto:hgongora@latinmail.com>

REFERENCIAS

1. Loney DA, Bauman NM. Ectopic cervical thymic masses in infants. A case report and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaringol*. 1998; 43: 77-84.
2. Suster S, Rosai J: Multilocular thymic cyst. An acquired reactive process. Study of 18 cases. *Am J Surg Pathol*. 1991; 15: 388-398.
3. Mishalani SH, Lones MA, Said JW: Multilocular Thymic Cyst. A novel thymic lesion associated with human immunodeficiency virus infection. *Arch Pathol Lab Med*. 1995; 119: 467-470.
4. Suster S, Barbuto D, Carlson J, Rosai J. Multilocular thymic cyst with pseudoepitheliomatous hyperplasia. *Hum Pathol*. 1991; 22: 455-460.
5. Suster S, Rosai J. Cystic Thymomas. A Clinicopathologic Study of Ten Cases. *Cancer* 1992; 69: 92-97.
6. Rosai J. Mediastinum. *Ackerman's Surgical Pathology*. Mosby. 8th Ed. St. Louis Missouri. 1995; 442-463. Chapter 8.