

INFORME DE CASO

Quiste tímico multilocular. A propósito de un caso

Gustavo Alonso Pérez Zavala^{1*} , Yaimara Suárez Castillo¹ , Johamel Ramón Ramos Valdés¹ 

¹Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Gustavo Alonso Pérez Zavala. gustavopz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el quiste tímico es una afección que se asienta en la glándula timo, puede ser congénito o adquirido.

Información del paciente: se presenta un paciente masculino que comenzó hace más o menos un año con tos húmeda, acompañada de expectoración mucosa. En el estudio realizado se detectó una lesión quística mediastinal que se interpretó radiológicamente como quiste pleuropericárdico; fue intervenido quirúrgicamente y se resecó la lesión completamente por toracotomía derecha. El diagnóstico anatomopatológico informó quiste tímico multilocular. El paciente evolucionó de forma satisfactoria y fue egresado al tercer día del postoperatorio.

Conclusiones: las lesiones quísticas del mediastino anterior son muchas veces un hallazgo porque no hay síntomas hasta que no alcanzan gran tamaño. Deben ser tratadas quirúrgicamente, con resección total, para evitar las complicaciones inherentes al crecimiento y la compresión y para arribar al diagnóstico histopatológico.

Palabras clave: quiste mediastínico

ABSTRACT

Introduction: thymic cyst is a condition that sits in the thymus gland. It can be congenital or acquired.

Case report: It is presented a male patient who started about a year ago with a wet cough, accompanied by mucous expectoration. In the study performed, a mediastinal cystic lesion was detected and interpreted radiologically as a pleuropericardial cyst; he was operated and the lesion was completely resected by right thoracotomy. The anatomopathological diagnosis reported multilocular thymic cyst. The patient evolved satisfactorily and was discharged on the third post-operative day.

Conclusions: cystic lesions of the anterior mediastinum are many times a finding because there are no symptoms until they reach great size. They must be treated surgically, with total resection, to avoid complications inherent to growth and compression and to arrive at a histopathological diagnosis.

Key words: mediastinal cyst

Recibido: 15/10/2019

Aprobado: 04/12/2019

INTRODUCCIÓN

El mediastino es el espacio anatómico localizado en la parte central del tórax que limita por delante con el esternón, por detrás con la columna vertebral, por ambos lados con las pleuras mediastínicas, por encima con el estrecho torácico superior y por debajo con el diafragma. Se divide, para facilitar el estudio de las estructuras que lo forman, en tres compartimientos: anterior, medio y posterior. Los tumores que más aparecen en el mediastino anterior son los timomas, los linfomas y los tumores de células germinales y son de tamaño variable.^(1,2) Los quistes mediastínicos son un grupo heterogéneo de lesiones neoplásicas, congénitas e inflamatorias que suponen entre el 20 y el 32% de todas las masas mediastínicas primarias. Son relativamente poco frecuentes en la práctica diaria y una proporción significativa de estas lesiones se hallan, de forma casual, durante un examen por otras indicaciones.⁽³⁾

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino de 61 años de edad, raza blanca y procedencia rural, con antecedentes de hipertensión arterial, para la que lleva tratamiento, y exfumador desde hace 17 años que comenzó hace más o menos un año con cuadro de tos húmeda, acompañada de expectoración mucosa abundante; fue evaluado en su área de salud y le diagnosticaron una bronquitis crónica, para la que se le impuso tratamiento. Como no mejoraba, acudió a la Consulta especializada de Neumología del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" de la Ciudad de Santa Clara, Provincia de Villa Clara, la tos y la expectoración, con examen físico negativo, se hicieron recurrentes. El Especialista en Neumología le indicó una radiografía de tórax y solicitó su ingreso en la Sala de Neumología, en la que se completó el estudio.

Exámenes complementarios

Hemograma y coagulograma: normales

Hemoquímica: normal

Alfafetoproteína: normal

Radiografía de tórax anteroposterior: imagen radiopaca paracardíaca derecha, de bordes bien delimitados, homogénea, en forma de masa redondeada, de aspecto tumoral que en la vista lateral se proyecta en compartimento mediastinal anterior. Tomografía axial computadorizada (TAC) de tórax simple: en los cortes practicados desde los vértices pulmonares y hasta el hemiabdomen superior, simple y con la administración de contraste y espesor de 3mm, llamaba la atención una imagen hipodensa, de contornos regulares, bien definidos, con densidad de 5UH, que impresionaba de naturaleza quística, paramediastínica derecha, que se extendía anterior a la aorta ascendente y paracardíaca derecha y que medía aproximadamente 77x40mm en corte axial, en posible relación con quiste pericárdico. No presencia de adenopatías, no lesión parenquimatosa pulmonar, no derrame pleural (Figuras 1 y 2)

Ultrasonido abdominal: normal

Prueba funcional ventilatoria: normal

Ecocardiograma: normal. No se demuestra mediante este estudio relación de la lesión con el pericardio

Electrocardiograma: ritmo sinusal.

Se solicitó una interconsulta con el Especialista en Cirugía y se decidió realizar una intervención quirúrgica para la exéresis de la lesión y su estudio histopatológico. Se realizó una toracotomía anterolateral derecha para evaluar la no correspondencia entre los diagnósticos tomográfico y ecocardiográfico.

Se obtuvo, por escrito, el consentimiento informado del paciente para la realización de la intervención previa explicación del procedimiento a realizar y de las complicaciones que pudieran presentarse.



Figura 1. Imagen topográfica de la TAC en la que se aprecia lesión redondeada de bordes bien definidos sobre la silueta cardíaca y que hace proyección hacia hemitórax derecho

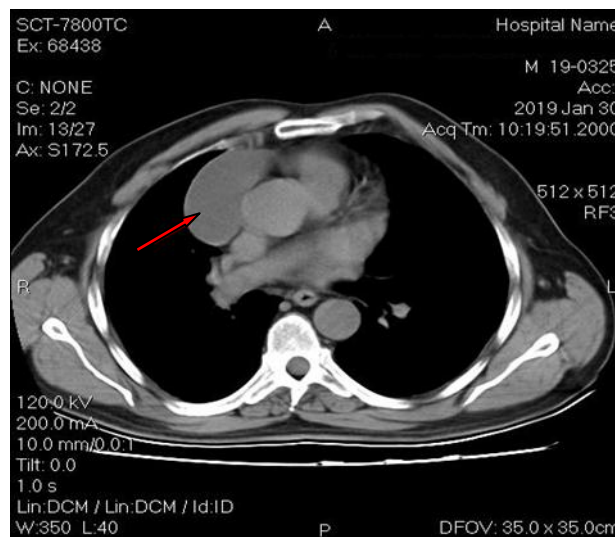


Figura 2. Vista tomográfica que nos muestra la localización del proceso quístico (señalado con la flecha en rojo) y sus relaciones anatómicas

Informe operatorio: toracotomía anterolateral derecha, se abrió por planos, se llegó a la cavidad y se realizó su revisión: se apreció en mediastino anterior, con proyección hacia la derecha, una masa de color rojo-grisáceo de más o menos 8x5cm, de forma regular, sin infiltrar tejidos vecinos, por lo que no impresionaba malignidad, de consistencia blanda y aspecto quístico (Figura 3). Se procedió a abrir la pleura mediastinal y liberarla de la aorta y el pericardio por disección roma y cortante, ligando vasos de pequeño calibre hasta liberar completamente la lesión, que impresionaba corresponder con un quiste tímico. Se extrajo el quiste sin abrirlo, se revisó la hemostasia, se colocaron dos sondas pleurales y se cerró por planos (Figuras 4 y 5); no hubo accidentes quirúrgicos.

Resultado de la biopsia: quiste tímico multilocular (Figura 6).

El paciente evolucionó de forma satisfactoria y fue egresado al tercer día del postoperatorio.



Figura 3. Lesión tumoral de aspecto quístico en mediastino anterior y lateralizado hacia el hemitórax derecho

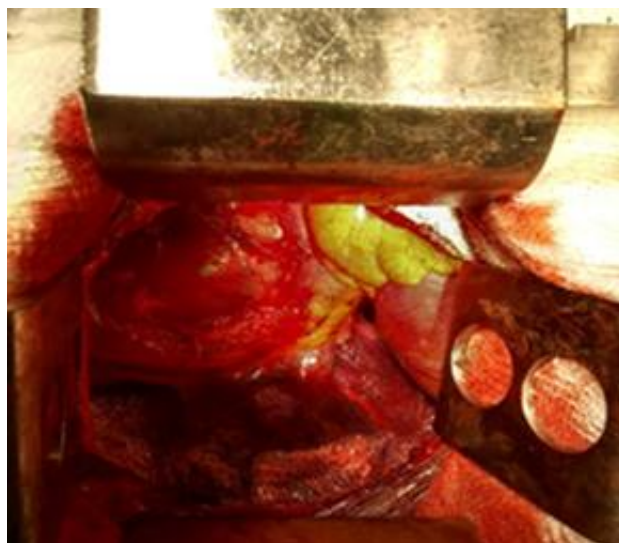


Figura 4. Después de la resección se observan el mediastino y la pleura mediastinal abierta, pulmón rechazado hacia abajo y afuera y una porción del diafragma



Figura 5. Pieza quirúrgica que corresponde a tumor mediastinal de aspecto quístico (posible quiste tímico)

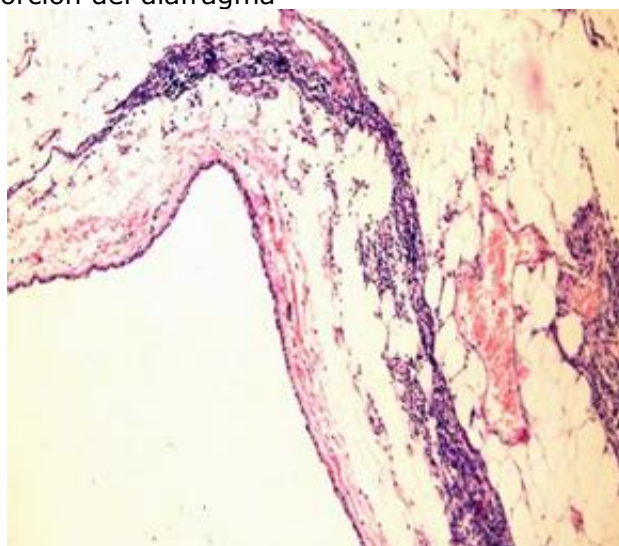


Figura 6. Lámina anatomopatológica que muestra revestimiento de quiste por epitelio escamoide estratificado de aspecto plano y estroma con tejido adiposo y linfóide con formación de estructuras Hassaloides. (H/E X100)

DISCUSIÓN

Los quistes mediastínicos incluyen distintas enfermedades patológicas con características clínicas y radiológicas solapadas. Se observan tanto en la edad adulta como en la infantil y su clasificación depende de la causa.⁽³⁾ Surgen en todos los compartimentos del mediastino e incluyen quistes broncogénicos (del 50 al 60%), quistes pericárdicos (del 20 al 30%), quistes esofágicos (del siete al 15%) y otros menos frecuentes como los quistes tímicos.

Suelen ser lesiones redondeadas de márgenes bien definidos, revestidas por epitelio, y que contienen líquido en su interior. Constituyen, con frecuencia, un hallazgo casual y su caracterización puede ser compleja debido a la variable composición del fluido y a las complicaciones asociadas como la hemorragia o la infección que hacen que sus manifestaciones se solapen. Generalmente son asintomáticos, a no ser que alcancen gran tamaño y produzcan una clínica compresiva. Los estudios de imagen, especialmente la tomografía, permiten realizar un diagnóstico prequirúrgico bastante preciso. El tratamiento de elección, incluso en los asintomáticos, es la exéresis completa del quiste. La cirugía permite prevenir las complicaciones y establecer el diagnóstico. Los quistes tímicos representan el 1% de los quistes mediastínicos, los congénitos son raros y proceden de un conducto timofaríngeo persistente.⁽⁴⁾

Los quistes tímicos, por lo general, cursan asintomáticos y, a menudo, se descubren de forma incidental. Los quistes simples no suelen tener consecuencias pero, en ocasiones, debe descartarse una neoplasia quística (timoma y enfermedad de Hodgkin). Los quistes pueden ser únicos o multiloculados. En su diagnóstico se puede utilizar la biopsia aspirativa guiada por tomografía y en su tratamiento definitivo la cirugía videoasistida o la toracotomía exploradora si existe duda diagnóstica como en este paciente.⁽⁴⁻⁶⁾

Las lesiones quísticas del mediastino anterior son muchas veces un hallazgo porque no hay síntomas hasta que no alcanzan gran tamaño. Deben ser tratadas quirúrgicamente, con resección total, para evitar las complicaciones inherentes al crecimiento y la compresión y para arribar al diagnóstico histopatológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramírez Pulua DA, Rimassa Díaz Granados AA, Ortiz Contreras WM, Moreno Bermúdez MI. Tumores germinales mediastinales. Reciamuc [Internet]. 2019 Jul-Sep [citado 10/08/2019];3(3):316-344. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/279/540>
2. Pérez Zabala GA, Suárez Castillo Y. Teratoma mediastinal. Informe de caso. Acta Méd Centro [Internet]. 2018 [citado 10/08/2019];12(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/878/1120>
3. Colectivo de autores. Cirugía de Tórax. España: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; 2010.
4. Granatto F, Voltolini L, Ghiribelli C, Luzzi L, Tenconi S, Gotti G. Surgery for bronchogenic cyst always easy?. Asian Cardiovasc Thorac Ann [Internet]. 2009 Oct [citado 22/09/2019];17(5):467-471. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19917786/>
5. Brunicaudi Ch, Andersen D, Billiar T, Dun D, Hunter J, John G, et al. Principios de cirugía SCHWARTZ. 10^{ma} ed. Philadelphia: Editorial McGraw Hill; 2015. p. 679.
6. Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston, tratado de cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20th ed. España: Elsevier; 2017. p. 1610.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.