

CASO CLÍNICO

Quiste tímico cervical en un niño

Cervical thymic cyst in a child

Dra. Lissette Nápoles Oconor, Dr. Jaime González Bertot, Dr. Erich Roberto Ramón Nuñez, Dr. Manuel Carrazana Araujo y Dr. Orlando Reyes Jay

Hospital Infantil Docente Sur, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 7 años de edad con antecedentes de buena salud, quien fue ingresado a los 5 años en el Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba por presentar aumento de volumen en la región lateral izquierda del cuello, doloroso, sobre todo al ingerir alimentos, y fiebre de 38 °C. Luego del tratamiento indicado egresó a los 10 días, pero con seguimiento por consulta externa. Al cabo de los 2 años y medio acudió a la consulta de Cirugía con aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello. Se realizó la exéresis del tumor y los resultados del estudio anatomopatológico confirmaron que se trataba de un quiste tímico cervical.

Palabras clave: niño, quiste tímico cervical, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 7 years patient is presented with a history of good health who was admitted when he was 5 years in the Southern Pediatric Hospital from Santiago de Cuba for presenting increase of volume mainly in the left lateral region of the painful neck, when ingesting foods, and fever 38 °C. After the prescribed treatment he was discharged 10 days later, but with follow up through out-patient department. After 2 and a half years he came to the Surgery Department with an increase of volume in the right lateral region of the neck. The exeresis of the tumor was carried out and the results of the pathological study confirmed that it was a thymic cervical cyst.

Key words: boy, thymic cervical cyst, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

Entre los tumores cervicales en niños, el timo ectópico cervical es raro y suele diagnosticarse luego de su extirpación quirúrgica;¹ sin embargo, en 21 % de las necropsias efectuadas en adultos y en 30 % en niños, se encuentra tejido ectópico tímico en el cuello, que ha permanecido asintomático.^{2,3} Por la rareza de esta entidad clínica, los autores decidieron compartir estos hallazgos con la comunidad médica en general.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un niño de 7 años de edad con antecedentes de buena salud, quien fue ingresado a los 5 años en el Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba por presentar aumento de volumen en la región lateral izquierda del cuello, doloroso, sobre todo a la deglución, y fiebre de 38 °C.

Mediante la ecografía efectuada, se visualizaron imágenes que se correspondían con adenopatías, las cuales se observaban también en el lado derecho. Se indicó tratamiento con cefazolina e ibuprofeno y fue mejorando lentamente. De esta manera, se sugirió su evaluación en el Servicio de Oncología Pediátrica.

Se realizó citología por punción con aguja fina (CAAF) y los resultados informaron la presencia de elementos celulares relacionados con adenitis. A los 10 días de tratamiento egresó de la institución, pero con seguimiento por consulta externa.

A los 2 años y medio acudió a la consulta de cirugía por presentar aumento de volumen en la región lateral derecha del cuello.

- Exámenes complementarios

- Ecografía: imagen ecolúcida de 43 por 38 mm, que desplazaba el lóbulo derecho de la glándula tiroidea, además de otra imagen en la parte inferior de esta última, hipoecogénica y alargada, de 42 mm.
- Hemograma completo, coagulograma mínimo, VIH y radiografía de tórax: sin alteraciones.

Se informó que se trataba de un quiste cervical del lado derecho, de manera que se indicó la exéresis quirúrgica del tumor. Este tenía aspecto quístico y el tamaño coincidía con lo descrito en la ecografía, además de prolongación del tejido de aspecto tímico, hasta 3 cm detrás de la horquilla esternal (figura).

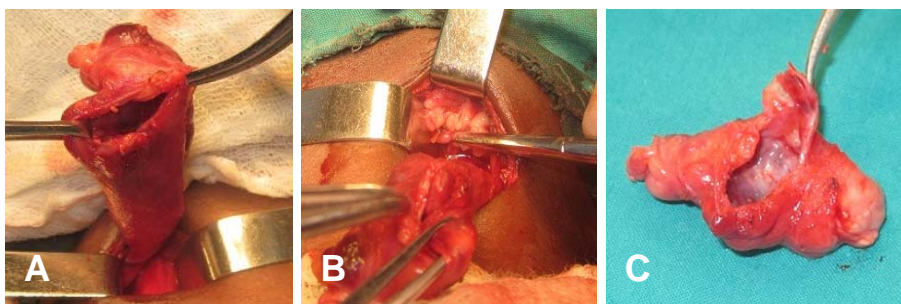


Fig. A) Extremo superior del quiste luego de la ligadura en su porción superior; B) Porción inferior con prolongación retroesternal, asociado a tejido tímico; C) Quiste y tejido tímico luego de la extracción.

- Resultados anatomopatológicos

- Macroscópico: se recibieron 2 fragmentos de tejido, de aspecto sólido, de 5 x 1,5 cm y de 2 x 1 cm, respectivamente, de color oscuro y consistencia blanda. Al corte se observaron numerosas cavidades quísticas ocupadas de sangre oscura, restos necróticos, así como paredes quísticas con fibrosis y áreas de hemorragia.
- Microscópico: estructuras quísticas dilatadas, parcialmente revestidas de epitelio cuboidal, con hiperplasia del epitelio tímico en las paredes de estas, así como fibrosis, áreas de hemorragia, infiltrado inflamatorio agudo y crónico, áreas de hiperplasia folicular linfoide floridas y cristales de colesterol, compatible con quiste tímico multilocular.

COMENTARIOS

La presencia de tejido ectópico tímico cervical constituye un conjunto de enfermedades congénitas por defecto en la migración del timo. Un lóbulo o vestigios menores sólidos o quísticos del timo pueden no migrar al mediastino y quedar en el cuello por donde discurre el tracto timofaríngeo embrionario. Raramente, pueden encontrarse vestigios del timo en la base del cráneo, en el seno piriforme, en el espacio retrofaríngeo o en la bifurcación traqueal.^{4,5}

En 50 % de los casos de timo ectópico cervical existe un tracto fibroso o tejido tímico que corresponde al resto del conducto timofaríngeo, que contacta con el timo mediastínico.⁴ Así, los quistes tímicos pueden ser uniloculares o multiloculares y contienen un líquido amarillento con cristales de colesterol; en los tabiques, estos cristales suelen encontrarse rodeados de un granuloma.

Por otra parte, el timo ectópico cervical quístico se deriva del conducto timofaríngeo o de la transformación quística de los corpúsculos de Hassall y se observan en el tercio inferior del cuello por delante del músculo esternocleidomastoideo. Solo 50 % de dichos quistes se extienden al mediastino.²

Es más frecuente entre los 2 y 15 años de edad y 90 % de los afectados pueden ser asintomáticos.^{1,3,5} Por otra parte, en la bibliografía consultada no se describe su presencia bilateral.¹

Ocasionalmente, comprime la vía aérea superior y causa estridor, disfonía, disnea y ronquido durante el sueño,^{3,5} pero pocas veces ocasiona dificultad respiratoria aguda o disfagia por compresión del esófago cervical.^{2,4}

El diagnóstico diferencial se plantea con otros tumores cervicales, como las malformaciones linfáticas con líquido denso en su interior, las adenomegalias por enfermedades linfoproliferativas o infecciosas o con teratomas, lipomas, lipoblastomas, neuroblastomas, rhabdomyosarcomas y otros menos frecuentes. Solo se han descrito casos aislados, predominantemente mujeres, con timomas o adenocarcinomas originados en vestigios tímicos cervicales.⁵⁻⁷ El timo ectópico cervical quístico debe diferenciarse de los quistes de la tercera hendidura branquial, de las malformaciones linfáticas (higromas quísticos), de los quistes paratiroides y de algunos quistes tiroideos excéntricos. En el tercio medio o inferior del cuello puede simular un tumor tiroideo.

La mayoría de los pacientes con un timo ectópico cervical se encuentran asintomáticos y el diagnóstico se realiza por el estudio histopatológico, pero si durante el período

preoperatorio se sospechara su presencia, se comprobará histológicamente mediante una biopsia por punción; asimismo, la cirugía está indicada por la posibilidad de complicaciones o por la aparición, aunque improbable, de neoplasias malignas.⁵

Específicamente en los niños, antes de la extirpación de un timo ectópico cervical conocido, debe comprobarse la presencia del timo normal en el mediastino anterior, para no realizar la ablación de todo el tejido tímico existente, dada la importancia de este en el desarrollo de la inmunidad. No se ha notificado inmunodeficiencia luego de la extirpación de un timo ectópico cervical sólido o quístico en un niño. Aunque no se trata de una entidad clínica frecuente en el niño, debe tenerse en cuenta al realizar el diagnóstico diferencial con otros tumores en la región anterior del cuello.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lau HT, Barlow BA, Gandhi RP. Ectopic thymus: presenting as neck mass. *J Pediatr Surg* 1984; 19(2): 197.
2. Wagner CW, Vinocur CD, Weintrub WH, et al. Respiratory complications in cervical thymic cysts. *J Pediatr Surg* 1988; 23: 657-60.
3. Prasad TR, Chul CH, Ong CL. Cervical ectopic thymus in an infant. *Singapore Med J*. 2006; 47(1): 68-70.
4. Curé JK, Tagge EP, Richradson MS, Mulvihill DM. MR of cystic aberrant cervical thymus. *AJNR*. 1995; 16: 1124-7.
5. Spigland N, Bensoussan AL, Blanchard H, Russo P. Aberrant cervical thymus in children: three case reports and review of the literature. *J Pediatr Surg* 1990; 25(11): 1196-9.
6. Matsuura B, Tokunaga H, Miyake T, et al. A case of malignant thymoma mimicking thyroid carcinoma: a pitfall in fine-needle aspiration. *Endocr J* 2004; 51(2): 237-41.
7. Nagasawa K. Ectopic cervical thymoma: MRI findings. *AJR* 2004; 182: 262-3.

Recibido: 12 de mayo de 2014.

Aprobado: 2 de junio de 2014.

Lissette Nápoles Oconor. Hospital Infantil Docente Sur, avenida "24 de Febrero", nr 402, Santiago de Cuba, Cuba.