

Timolipoma gigante

C. Roque, P. Rodríguez, C. Quintero, N. Santana, M. Hussein y J. Freixinet

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria. España.

El timolipoma es una neoplasia benigna poco frecuente (constituye del 2 al 9% de los tumores tímicos). Se presenta el caso de un varón de 26 años de edad que consultó por un dolor pleurítico izquierdo de 3 meses de evolución. La tomografía computarizada evidenció una masa torácica izquierda que ocupaba tanto el mediastino anterior como la cavidad pleural izquierda y provocaba un colapso pulmonar y una desviación mediastínica. La resonancia magnética puso de manifiesto una gran tumoración de origen graso y la biopsia transtorácica con control radiológico confirmó su etiología. Se intervino al paciente mediante toracotomía izquierda y se realizó una exéresis en bloque de la tumoración. El curso clínico postoperatorio transcurrió sin complicaciones y el diagnóstico histopatológico fue de timolipoma.

Palabras claves: *Timolipoma. Mediastino. Tumor de mediastino.*

Introducción

El timolipoma es un tumor benigno del mediastino anterior poco frecuente¹. Su patogenia es motivo de controversia, si bien la más aceptada es la sustitución del timo por tejido graso maduro. Es de lento crecimiento y alcanza gran tamaño. Aunque la mayoría son asintomáticos, pueden presentar síntomas locales inespecíficos o asociarse a síndromes paratímicos como la miastenia *gravis*, hipertiroidismo, linfangiomas, anemia aplásica, leucemia linfocítica crónica y enfermedad de Hodgkin². Desde el punto de vista radiológico pueden simular una cardiomegalia y es difícil distinguirlos de otras tumoraciones mediastínicas.

Se describe el caso de un adulto que se presentaba un dolor pleurítico izquierdo de larga evolución e imagen radiológica indicativa de cardiomegalia, cuyo diagnóstico definitivo fue de timolipoma gigante.

Observación clínica

Varón de 26 años, sin antecedentes patológicos de interés, que consultó de urgencias por dolor torácico izquierdo de características pleuríticas, de aproximadamente 3 meses de evolución, sin otros síntomas asociados. En la exploración física destacaba, como único dato de interés, la abolición completa del murmullo vesicular en el hemitórax izquierdo. La analítica general fue normal.

Correspondencia: Dr. P. Rodríguez.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Barranco de la Ballena, s/n. 35010 Las Palmas de Gran Canaria. Las Palmas. España.
Correo electrónico: prosu2001@yahoo.es

Recibido: 2-9-2004; aceptado para su publicación: 20-9-2004.

Giant Thymolipoma

Thymolipoma is an uncommon benign tumor (accounting for 2% to 9% of thymus tumors). We present the case of a 26-year-old man who sought medical attention for left-sided pleural pain of 3 months duration. Computed tomography showed a mass in the left side of the chest occupying both the anterior mediastinum and the left pleural cavity. This mass caused lung collapse and mediastinal shift. Magnetic resonance imaging revealed a large fatty tumor and transthoracic biopsy with radiological guidance confirmed the diagnosis. The tumor was resected through a left thoracotomy. No postsurgical complications occurred and the histopathological diagnosis was thymolipoma.

Key words: *Thymolipoma. Mediastinum. Mediastinal tumor.*

En la radiografía simple de tórax, en proyección posteroanterior, se identificó una gran masa que ocupaba el hemitórax izquierdo, localizada en la cavidad pleural y mediastino anterior, que en un primer momento se catalogó como una cardiomegalia.

La tomografía computarizada puso de manifiesto una masa de 20 x 21 x 18 cm, que ocupaba la totalidad del hemitórax izquierdo, desplazaba el mediastino hacia el lado contralateral y colapsaba el pulmón hacia la zona más superior de este hemitórax. No se observaban signos de infiltración en las estructuras vecinas. En la resonancia magnética la tumoración brillaba en secuencias ponderadas en T1, era isointensa con la grasa y anulaba su señal en secuencias de saturación grasa (fig. 1).



Fig. 1. Resonancia magnética torácica, donde se observa una gran masa torácica izquierda de densidad grasa que ocupa toda la cavidad pleural y el mediastino anterior con colapso pulmonar completo.

Posteriormente se practicó una punción-aspiración con control radiológico que evidenció tejido adiposo maduro.

Se le intervino quirúrgicamente, con realización de una toracotomía anterolateral izquierda y exéresis en bloque de la tumoración (fig. 2).

La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de timolipoma, cuyas dimensiones fueron de 30 × 25 × 9 cm y 3.300 g de peso.

El paciente evolucionó de forma satisfactoria y se le dio de alta al décimo día postoperatorio.

Discusión

El timolipoma es una neoplasia benigna poco frecuente, constituyendo del 2 al 9% de los tumores del timo³. No tiene predisposición por el sexo y ocurre a cualquier edad. Otros nombres que ha recibido es lipoma del timo, timoma benigno, hamartoma timolipomatoso, lipotimoma y lipoma mediastínico. En la bibliografía revisada la incidencia aproximada es de 0,12 casos/100.000 habitantes/año⁴. Para explicar la patogenia de este tumor se han postulado varias teorías, de las cuales la más aceptada es la que propone que se trata de una hiperplasia tímica difusa reemplazada por tejido graso⁵.

Puede presentarse como una tumoración asintomática sin afectar a las estructuras adyacentes, por lo que puede crecer y alcanzar un gran tamaño antes de ser diagnosticada. Su crecimiento en el hemotórax izquierdo puede semejar una cardiomegalia, como ocurrió en el caso aquí presentado. Aproximadamente en la mitad de los pacientes se observan síntomas tales como disnea, dolor torácico y pérdida de peso⁴. Se ha asociado con la miastenia *gravis* hasta en el 10% de los casos. Otras enfermedades autoinmunitarias con las que se relaciona son el lupus eritematoso sistémico, la hipogammaglobulinemia, la enfermedad de Graves y la eritroblastopenia⁶.

El peso, según la bibliografía revisada⁷, oscila entre 154 y 6.000 g; en nuestro caso la tumoración superaba los 3.000 g de peso, con unas dimensiones de 30 × 25 × 9 cm.

Los timolipomas se caracterizan por contener elementos mesodérmicos (grasa) y endodérmicos (epitelio tímico). Desde el punto de vista macroscópico son tumores lobulados, divididos por septos y bien encapsulados, como se observó en nuestro caso. Histológicamente se componen de grandes lóbulos de tejido adiposo maduro intercalados con islotes de tejido tímico⁸.

En la radiografía simple, no es infrecuente que se pueda confundir con una cardiomegalia, como ocurrió en nuestro caso⁹. El diagnóstico diferencial hay que realizarlo principalmente con el lipoma, la hiperplasia tímica y el liposarcoma, por lo que es necesaria la realización de tomografía axial computarizada o resonancia magnética de tórax. En la resonancia magnética secuencia-T1, el tejido graso tumoral aparece atenuado y en



Fig. 2. Imagen de la pieza de resección: timolipoma.

secuencia-T2 la grasa presenta baja atenuación y los restos tímicos aparecen brillantes.

Aunque el diagnóstico se puede establecer con los medios de imagen, en algunos casos puede ser necesaria la realización de una punción-aspiración a fin de confirmar la histología.

El único tratamiento curativo es la exéresis quirúrgica del tumor. Muchos autores abogan por la esternotomía media como vía de abordaje⁸. En nuestro caso preferimos la toracotomía anterolateral dado que era una tumoración benigna, sin signos infiltrativos radiológicos y por la posibilidad de que se extendiera al hemotórax contralateral a través del mediastino. Además, en caso de dificultades técnicas, nos permitía la ampliación a una toracotomía bilateral transternal o técnica de Clamshell.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tindall H, Tandon AP, Ionescu MI. An unusual case of chest pain and cardiomegal. *Br J Clin Pract.* 1990;44:766-7.
2. Mc Manus KG, Allen MS, Trastek VF. Lipothymoma with red cell aplasia, hypogammaglobulinemia and lichen planus. *Ann Thorac Surg.* 1994;58:1534-6.
3. Fenniche S, Maalej S, Hassene H. Unusual presentation of giant thymolipoma. *Tunis Med.* 2003;81:59-62.
4. Gamondes JP, Balawi A, Greenland T. Seventeen years of surgical treatment of thymoma: factors influencing survival. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1991;5:124-31.
5. Argani P, Rosai J. Thymoma arising with a thymolipoma. *Histopathology.* 1998;32:5568-78.
6. Wang Y, Sun Y, Zhang J. Diagnosis, treatment and prognosis of thymoma: an analysis 116 cases. *Chin Med J.* 2003;116:1187-90.
7. Benton C, Gerard P. Thymolipoma in a patient with Graves' disease: case report and review of the literature. *J Thoracic Cardiovasc Surg.* 1996;51:428.
8. Shields TW, Robinson PG. Mesenchymal tumors of the mediastinum. En Shields, editor. *General Thoracic Surgery.* Philadelphia: 2000; vol. 2. p. 2357-423.
9. Yeh H, Gordon A, Kirschner PA, et al. Computed tomography and sonography of thymolipoma. *AJR Am J Roentgenol.* 1983;140:1131.