

Nota clínica

Timolipoma gigante: presentación de un caso de tumor mediastínico inusual



Gerardo Andrés Obeso Carillo*, Eva María García Fontán y Miguel Ángel Cañizares Carretero

Departamento de Cirugía Torácica, Hospital Clínico Universitario de Vigo, Vigo, Pontevedra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de noviembre de 2013
Aceptado el 13 de noviembre de 2013
On-line el 27 de junio de 2014

Palabras clave:

Diagnóstico
Tumor mediastínico
Timolipoma

Keywords:

Diagnosis
Mediastinal tumor
Thymolipoma

R E S U M E N

El timolipoma es una neoplasia benigna infrecuente del timo, formada por tejido tímico y tejido adiposo maduro. El diagnóstico de timolipoma debe considerarse en presencia de una masa mediastínica con densidad de tejido adiposo, sobre todo si está entremezclada con bandas de atenuación de tejido blando en las imágenes de tomografía computarizada. Sin embargo, a veces resulta difícil diferenciar radiológicamente entre un timolipoma y otros tumores adiposos mediastínicos.

Presentamos aquí el caso de un paciente con una masa mediastínica enorme que resultó ser un timolipoma.

© 2013 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Giant Thymolipoma: Case Report of an Unusual Mediastinal Tumor

A B S T R A C T

Thymolipoma is an uncommon benign neoplasm of the thymus composed of mature adipose and thymic tissue. The diagnosis of thymolipoma should be considered in the case of a mediastinal mass with fat density, especially if it is interspersed with strands of soft tissue attenuation on computed tomography scans. However, it is sometimes difficult to differentiate radiologically between a thymolipoma and other mediastinal fatty tumors.

Here we present a patient with a huge mediastinal mass that proved to be a thymolipoma.

© 2013 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El timolipoma es una neoplasia benigna infrecuente del timo, formada por tejido tímico y tejido adiposo maduro. El diagnóstico de timolipoma debe considerarse en presencia de una masa mediastínica con densidad de tejido adiposo, sobre todo si está entremezclada con bandas de atenuación de tejido blando en las imágenes de tomografía computarizada (TC). Sin embargo, a veces resulta difícil diferenciar radiológicamente entre un timolipoma y otros tumores adiposos mediastínicos.

Presentamos aquí el caso de una paciente con una masa mediastínica enorme que resultó ser un timolipoma.

Caso clínico

Una mujer de 78 años de edad fue remitida a nuestro centro para la evaluación de una masa mediastínica gigante. Clínicamente, 4 meses antes del ingreso hospitalario la paciente había empezado a notar un dolor cervical y náuseas y vómitos posprandiales persistentes. Las constantes vitales y la exploración física no mostraron alteraciones. Los resultados de la analítica clínica fueron normales, excepto por hipercolesterolemia (285 mg/dl) e hipertrigliceridemia (164 mg/dl), que estaban presentes ya en análisis previos. Otros análisis de laboratorio adicionales, como IGF-I, leptina, cromogranina-A y diferentes marcadores tumorales (CEA, NSE, CYFRA 21.1, SCC) no identificaron ninguna patología manifiesta. Los resultados de la gasometría respirando aire ambiental fueron: pH 7,41, pO₂ 80,0 mmHg, pCO₂ 41,0 mmHg y HCO₃ 26,0 mmol/l. La TC torácica inicial (fig. 1A) mostró una masa adiposa heterogénea de gran tamaño en el hemitórax derecho. La resonancia magnética

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: andresobca@hotmail.com (G.A. Obeso Carillo).

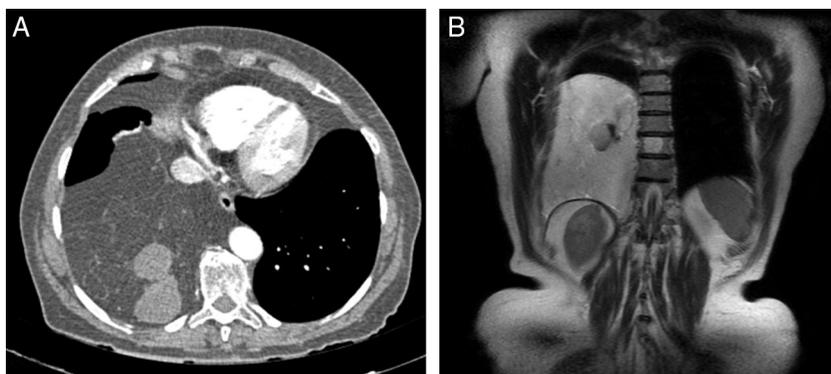


Figura 1. A) Imagen de TC torácica axial en la que se observa una masa adiposa heterogénea en el hemitórax derecho. Puede apreciarse una compresión esofágica y una afectación vascular. B) RM torácica con secuencia con ponderación T1 coronal que muestra una masa adiposa grande con varios nódulos quísticos y sólidos.

(RM) torácica (fig. 1B) confirmó la masa intratorácica extrapulmonar descrita en la TC. En el interior de la masa adiposa había varios nódulos quísticos y sólidos. La masa estaba en contacto con el diafragma derecho, la pleura parietal, el lóbulo inferior derecho y el mediastino (esófago, aorta descendente y pericardio). No había infiltración de las estructuras adyacentes. La tomografía de emisión de positrones (PET) mostró únicamente un aumento mínimo de la captación de fluorodesoxiglucosa (FDG) en 2 focos nodulares localizados en el interior de la masa (SUV 1,4 g/ml y 1,5 g/ml). Una vez completada la evaluación preoperatoria, se practicó a la paciente una torcotomía posterolateral derecha a través del sexto espacio intercostal. La masa tenía su origen en la grasa mediastínica anterior y se extendía caudalmente por encima de la vena cava superior hasta la vena pulmonar inferior derecha. Tras la disección del tumor y la sección de los vasos sanguíneos, se resecó la masa (fig. 2). El curso postoperatorio se desarrolló sin incidencias y la paciente fue dada de alta en el quinto día del postoperatorio.

El examen anatomopatológico mostró un tumor de 21 × 17 × 5 cm, formado por tejido adiposo y parénquima tímico. Focalmente, se observó también una fibrosis colagenosa y acumulación de cristales de colesterol. No se observaron signos de

enfermedad maligna. Estas observaciones eran compatibles con un timolipoma.

En la actualidad, la paciente continúa con vida y sin enfermedad 18 meses después de la operación.

Discusión

Los timolipomas son tumores mediastínicos de crecimiento lento muy poco frecuentes que constituyen tan solo el 2-9% del total de neoplasias tímicas¹. Estos tumores se caracterizan por contener elementos mesodérmicos (grasa) y endodérmicos (epitelio tímico). Son tumores de aspecto lobulado y bien encapsulados, con divisiones septales. Los grandes lóbulos de tejido adiposo maduro están entremezclados con pequeñas áreas de tejido tímico.

Los timolipomas suelen presentarse como tumores asintomáticos. Cuando el paciente experimenta síntomas, estos suelen deberse a la compresión de estructuras adyacentes. En nuestro caso, las náuseas y los vómitos podrían deberse a la compresión esofágica. En ocasiones esta neoplasia benigna puede asociarse a ciertos trastornos autoinmunes, como la miastenia gravis, la hipogammaglobulinemia o la aplasia eritrocitaria. No fue este el caso en nuestra paciente.

Aunque las exploraciones de imagen sugieren claramente el diagnóstico de timolipoma, al mostrar tejido adiposo y blando en el interior del tumor, sin invasión de las estructuras adyacentes, no es posible realizar un diagnóstico exacto o siquiera diferenciar una enfermedad benigna de una neoplasia maligna. Sin embargo, a pesar de que los signos radiológicos son inespecíficos, la TC y la RM pueden aportar datos útiles. Los signos característicos en la TC consisten en un tejido adiposo que contiene estrías de tejido blando que probablemente corresponden a islotes de componentes tímicos normales. En la RM con ponderación T1 el tejido adiposo del tumor tiene un carácter isointenso, y en las secuencias con ponderación T2 el tejido adiposo está suprimido, mientras que los restos de tejido tímico están intensificados. El diagnóstico diferencial incluye otros tumores adiposos, como la almohadilla grasa epicárdica prominente, lipomas, liposarcomas o timoliposarcomas.

El diagnóstico definitivo se basa en los signos histopatológicos. Debemos preguntarnos si es realmente necesario realizar una aspiración con aguja fina (FNA) preoperatoria en todos los pacientes con sospecha radiológica de timolipoma. Heimann et al.² publicaron la primera descripción de un timolipoma diagnosticado mediante biopsia por aspiración con aguja fina (FNAB) en 1987. Sin embargo, el papel de la FNAB en estos casos es controvertido. No siempre es fácil discernir entre un timolipoma y otras lesiones mediastínicas que contienen grasa, como un liposarcoma bien diferenciado. Romero Guadarrama et al.³ presentaron un caso de resultado falso

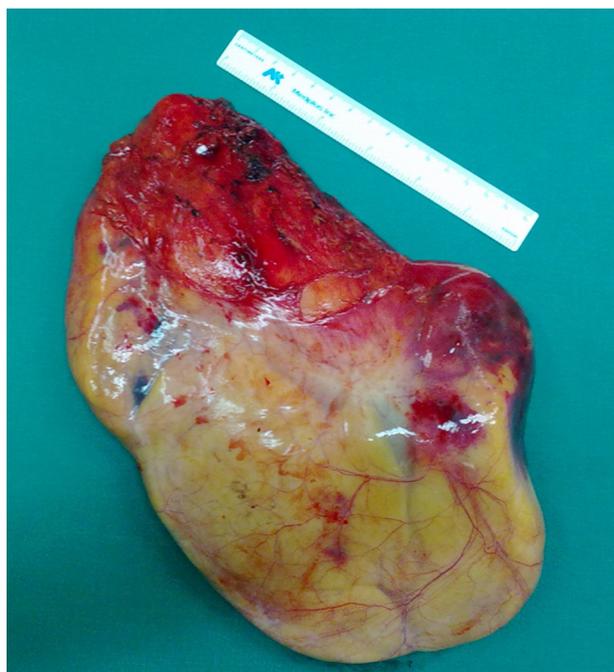


Figura 2. Aspecto macroscópico del timolipoma. Masa adiposa encapsulada con una superficie vascularizada, regular y traslúcida. Tamaño: 21 × 17 × 5 cm. Peso: 903 g.

positivo de la FNAB en un paciente con un diagnóstico erróneo de liposarcoma bien diferenciado. Por otro lado, Gupta et al.⁴ han publicado recientemente un caso de un niño diagnosticado mediante citología por FNA bajo guía ecográfica (EUS-FNA). En nuestro caso optamos por no realizar una FNAB, ya que no hubiera modificado la indicación quirúrgica.

El único tratamiento curativo de los timolipomas es la resección quirúrgica. Este tratamiento es útil para reducir los síntomas causados por la compresión de estructuras adyacentes y las enfermedades autoinmunes. Se han descrito diferentes abordajes quirúrgicos, como los de toracotomía, esternotomía o videotoracoscopia⁵. La decisión debe individualizarse en función del tamaño tumoral o la situación anatómica.

En conclusión, el timolipoma es un tumor mediastínico benigno muy poco frecuente, formado por tejido tímico y tejido adiposo. El diagnóstico preoperatorio se basa con frecuencia en los signos observados en la TC y la RM. El uso de la FNA continúa siendo

controvertido. La intervención quirúrgica es el único tratamiento curativo y proporciona el diagnóstico definitivo.

Bibliografía

1. Halkos ME, Symbas JD, Symbas PN. Acute respiratory distress caused by massive thymolipoma. *South Med J*. 2004;97:1123-5.
2. Heimann A, Sneige N, Shirkhoda A, DeCaro LF. Fine needle aspiration cytology of thymolipoma: A case report. *Acta Cytol*. 1987;31:335-9.
3. Romero Guadarrama MB, Durán Padilla MA, Cruz Ortiz H, Castro Gómez L, López Vancell D, Novelo Retana V, et al. Diagnosis of thymolipoma with fine needle aspiration biopsy. Report of a case initially misdiagnosed as liposarcoma. *Acta Cytol*. 2004;48:441-6.
4. Gupta R, Verma S, Bansal K, Mohta A. Thymolipoma in child: A case diagnosed by correlation of ultrasound-guided fine needle aspiration (EUS-FNA) cytology and computed tomography with histological confirmation. *Cytopathology*. 2013. Article first published online, doi:10.1111/cyt.12087.
5. Ferrari G, Paci M, Sgarbi C. Thymolipoma of the anterior mediastinum: Videotoracoscopic removal using a bilateral approach. *Thorac Cardiovasc Surg*. 2006;54:435-7.