

# Timoma invasor recidivante en el diafragma

P. Rodríguez, N. Santana, F. Rodríguez de Castro\*, E. Redondo\*\*, M. Hussein y J. Freixinet

Unidad de Cirugía Torácica. \*Servicio de Neumología. \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Unidad de Investigación. Hospital Universitario Nuestra Señora del Pino. Las Palmas de Gran Canaria.

La recidiva diafragmática de un timoma es un hecho excepcional. Se presenta el caso de una mujer de 70 años de edad, tratada 4 años antes por un timoma invasor mediante timectomía transesternal y radioterapia adyuvante, que ingresó por recidiva del timoma en el hemidiafragma izquierdo e infiltración del lóbulo inferior del pulmón ipsilateral.

Se llevó a cabo una exéresis en bloque que incluyó el hemidiafragma izquierdo, la pared torácica con tres arcos costales y una segmentectomía atípica del lóbulo inferior izquierdo, con reconstrucción del hemidiafragma y del defecto de la pared torácica con mallas sintéticas. Se completó el tratamiento quirúrgico con radioterapia adyuvante.

**Palabras clave:** *Timoma. Metástasis diafragmática. Recidiva.*

(Arch Bronconeumol 1999; 35: 140-142)

## Introducción

Los timomas son uno de los tumores mediastínicos más frecuentes pudiendo representar hasta el 47% de todas las masas del mediastino. El subtipo histológico más común es el linfoepitelial o mixto y en el momento de la exéresis quirúrgica suelen hallarse en el estadio II de Masaoka (tabla I). La presencia de recurrencias tumorales tras una timectomía oscila entre un 10 y 30%, dependiendo de la estirpe histológica y del estadio clínico de la enfermedad<sup>1</sup>.

El lugar más frecuente de las recurrencias por timoma suele ser la cavidad torácica, siendo la recidiva diafragmática, no obstante, un hecho excepcional del que hay descritos únicamente algunos casos aislados en la bibliografía revisada<sup>2</sup>. Presentamos la historia de una paciente tratada previamente por un timoma invasor y que 4 años después fue reintervenida por presentar una recurrencia del timoma en el hemidiafragma izquierdo.

Correspondencia: Dr. P. Rodríguez Suárez.  
Unidad de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Nuestra Señora del Pino.  
Ángel Guimerá, 93.  
35005 Las Palmas de Gran Canaria.

Recibido: 1-9-98; aceptado para su publicación: 22-9-98.

## Recurring invasive thymoma of the diaphragm

Diaphragmatic recurrence of a thymoma is rare. We report the case of a 70-year-old woman who underwent transternal thymectomy and adjuvant radiation therapy, and who was admitted four years later with recurrence of the thymoma in the left hemidiaphragm with infiltration of the inferior ipsilateral pulmonary lobe.

The thymoma was excised along with the left hemidiaphragm, chest wall and three ribs and an atypical segmentectomy of the left lower lobe was performed. The hemidiaphragm was reconstructed and the chest wall was repaired with synthetic mesh. Surgery was complemented with radiotherapy.

**Key words:** *Thymoma. Diaphragmatic metastasis. Recurrence.*

## Observación clínica

Mujer de 71 años de edad, con antecedentes patológicos de asma extrínseco e hipotiroidismo que había sido intervenida 4 años antes por un timoma invasor en estadio II de Masaoka por afectación de la pleura mediastínica y el nervio frénico izquierdo. Se realizó una timectomía total transesternal y tratada posteriormente con radioterapia adyuvante durante 5 semanas hasta completar una dosis total de 3.500 rads. En el ingreso actual, la paciente presentaba un cuadro clínico de 3 meses de evolución con síndrome constitucional y anemia megaloblástica. En la exploración física se apreció una hipofonía basal izquierda y la existencia de una masa de aproximadamente 8 cm en el hipocondrio izquierdo, de consistencia blanda, inmóvil e indolora. En el hemograma se comprobó la

TABLA I  
Estadios quirúrgicos de Masaoka

Estadio	Definición
I	Tumor completamente encapsulado, sin objetivarse invasión macro o microscópica de la cápsula
II	Invasión macro y microscópica de la cápsula tumoral y diseminación a la grasa y/o pleura mediastínica
III	Invasión macroscópica de otros tejidos adyacentes como son: pericardio, grandes vasos o parénquima pulmonar
IVa	Metástasis pericárdicas y/o pleura mediastínica
IVb	Metástasis linfáticas o hematógenas a distancia

existencia de una anemia megaloblástica y en la bioquímica una fosfatasa alcalina de 302 U. El estudio radiológico simple de tórax evidenció la existencia de una elevación del hemidiafragma izquierdo por efecto masa y el estudio ecográfico confirmó la existencia de una masa de consistencia sólida que ocupaba parte del hipocondrio y del diafragma izquierdo con crecimiento hacia el hemitórax ipsolateral. La tomografía axial computarizada (TAC) confirmó los hallazgos descritos y demostró un crecimiento hacia ambas cavidades (fig. 1). La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) de la masa obtuvo tejido compatible con timoma. Se realizó una endoscopia digestiva alta, que evidenció la existencia de una gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal, y una TAC craneal que fue normal. Con el diagnóstico de timoma recidivante en hemidiafragma izquierdo y el estudio de extensión sin evidencia de malignidad, se planteó la intervención quirúrgica para la exéresis de dicha lesión. La vía de abordaje fue una toracofrenolaparotomía izquierda, encontrándose una gran masa que englobaba las dos terceras partes del hemidiafragma izquierdo y que contactaba con el lóbulo inferior del pulmón y desplazaba las estructuras abdominales del hipocondrio izquierdo, entre ellas el bazo, sin infiltrarlas. Se llevó a cabo una resección en bloque que incluyó las dos terceras partes del hemidiafragma izquierdo, la pared costal con tres arcos costales y una segmentectomía atípica del lóbulo inferior del pulmón ipsolateral por infiltración tumoral a este nivel. La masa no infiltraba las estructuras abdominales. El estudio anatomopatológico macroscópico de la pieza quirúrgica reveló una masa de 20 × 15 × 9 cm, con un peso de 922 g (fig. 2) y que albergaba una lesión de 18 × 12 × 9 cm de diámetro. Era de coloración gris con áreas rojizas, con cápsula de aspecto encefaloide, multilobulada que infiltraba el músculo diafragma, el parénquima pulmonar y las partes blandas pericostales, sin destruir la cortical ósea. En el estudio microscópico presentaba cavidades de degeneración quística que alcanzaban los 2,5 cm de diámetro, algunas de ellas, y células neoplásicas compatibles con timoma. Los bordes de resección quirúrgicos estaban respetados. La reparación se llevó a cabo colocando dos mallas quirúrgicas de fibras monofilares de un polímero de polipropileno, una en lugar del hemidiafragma izquierdo y otra en la pared torácica. La paciente recibió tratamiento adyuvante con radioterapia hiperfraccionada. Actualmente, tras 6 meses de seguimiento, la paciente se encuentra en un estado clínico asintomático, con buena tolerancia a las mallas sintéticas y experimenta una mejoría progresiva en su estado general.

## Discusión

El 95% de los timomas intervenidos se localizan en el mediastino anterosuperior y la exéresis quirúrgica suele realizarse con éxito. Histológicamente, se dividen en tres subtipos: epitelial, linfocítico y linfoepitelial o mixto, correspondiendo a este último tipo el 50% de todos los timomas. Esta clasificación tradicional de los timomas, basada en el porcentaje de linfocitos, es meramente una descripción morfológica sin valor pronóstico demostrable, si bien es cierto que existe cierta correlación entre las manifestaciones clínicas y los hallazgos histopatológicos en determinados casos<sup>3</sup>. La benignidad o malignidad del timoma viene dada por los hallazgos macroscópicos de integridad de la cápsula tumoral y por los hallazgos microscópicos de invasión de las estructuras adyacentes. El porcentaje de timomas bien encapsulados sin invasión local se sitúa entre el 40 y el 70%. La estadificación clínica de la enfermedad más

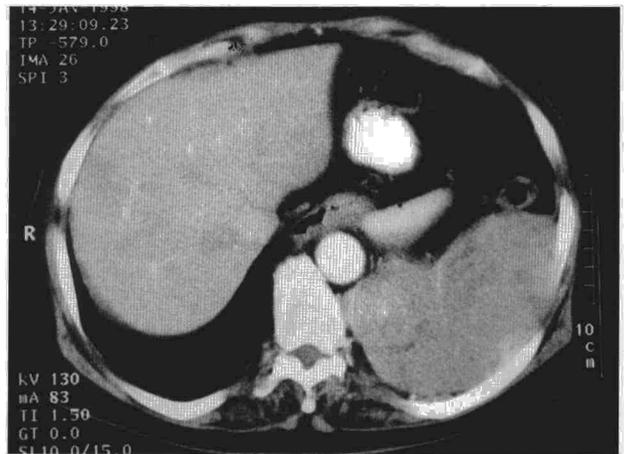


Fig. 1. Tomografía axial computarizada, en la que se evidencia una masa que ocupa el hemidiafragma izquierdo, con crecimiento hacia el hemitórax y hemiabdomen ipsolaterales, desplazando las estructuras a este nivel.

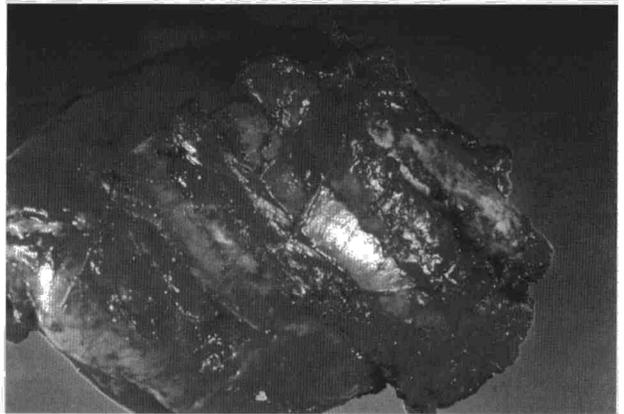


Fig. 2. Imagen de la pieza quirúrgica.

utilizada es la de Masaoka<sup>4</sup>, que clasifica al timoma en función del grado de invasión local y diseminación sistémica, estableciéndose 5 estadios clínicos (tabla I).

Alrededor del 60% de los tumores se hallan en estadio clínico en el I en el momento del diagnóstico, el 35% en estadios II y III y sólo un pequeño porcentaje se halla en estadio IVa o IVb.

La recurrencia tumoral de un timoma es poco frecuente, pudiendo manifestarse de tres formas: a) recidiva local; b) metástasis intratorácicas (pleuropericárdicas y pulmonares), y c) metástasis extratorácicas (hematógenas o linfáticas). En el estadio I de Masaoka (tabla I), el índice de recurrencia tumoral es de aproximadamente el 2%, en estadio II es del 12% y en estadio III es del 30%. Sólo los estadios más avanzados pueden presentar metástasis intratorácicas o a distancia, a veces muchos años después de la timectomía inicial<sup>1</sup>. Las metástasis intratorácicas aparecen más frecuentemente en la pleura costodiafragmática, en el pericardio y en el parénquima pulmonar, siendo excepcional la recidiva diafragmática, como es el caso que aquí se presenta. Las metástasis extratorácicas pueden situarse en cualquier localización.

La exéresis quirúrgica es el tratamiento de elección<sup>5,6</sup> siempre que la recidiva intratorácica presente criterios oncológicos de operabilidad y reseccabilidad. Con este tratamiento la tasa de supervivencia observada a los 5 años es del 71%<sup>7</sup>. Las vías de abordaje que se han descrito son múltiples y la utilización de cada una depende del tamaño y la localización de la recidiva tumoral. En nuestro caso se ha utilizado la toracofrenolaparotomía dada la situación, el tamaño y la sospecha de invasión de varios órganos. Si la recurrencia es intratorácica y la exéresis quirúrgica no se puede llevar a cabo, el tratamiento recomendado es la radioterapia neoadyuvante, mientras que si la recurrencia es extratorácica el tratamiento recomendado es la quimioterapia, describiéndose supervivencias a los 5 años hasta el 40%<sup>7</sup>. Las combinaciones quimioterápicas que se han utilizado son múltiples, pero las más recomendadas son CHOP (ciclofosfamida, adriamicina, vincristina y prednisona), CHOP y bleomicina, y COP (ciclofosfamida, vincristina y prednisona). Otros estudios afirman que la combinación de cisplatino y ectopósido es el tratamiento quimioterápico alternativo con buenos resultados<sup>7,8</sup>.

Concluimos que la presencia de una masa toracoabdominal en un paciente previamente intervenido por timoma, con independencia del intervalo libre de enfermedad, debe hacernos descartar como primera posibilidad la recidiva de la enfermedad. En la recidiva tumoral de localización intratorácica debe realizarse la exéresis quirúrgica

lo más completa posible, complementándose con tratamiento radioterápico adyuvante. En el caso de metástasis extratorácicas a distancia el tratamiento recomendado es la quimioterapia sistémica y si la recurrencia tumoral es intratorácica, pero con criterios de irresecabilidad, el tratamiento recomendado es la radioterapia locoregional.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Regnord JF, Zinzindohouse F, Magdeleinat P, Guibert L, Spaggiari L, Levasseur P. Results of re-resection for recurrent thymomas. *Ann Thorac Surg* 1997; 64: 1.593-1.598.
2. Mineo TC, Biancari F. Reoperation for recurrent thymoma: experience in seven patients and review of the literature. *Ann Chir Gynaecol* 1996; 85: 286-291.
3. Kornstein MJ. Pathology of the thymus and mediastinum. En: *Majors problems in pathology*. (1.ª ed.). Filadelfia: W.B. Saunders Co., 1995; 33: 67-94.
4. Masaoka A, Monden Y, Nakahara K, Tanioka T. Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. *Cancer* 1981; 48: 2.485-2.492.
5. Trastek VF, Shields TW. Surgery of the thymus gland. En: Shields TW, editor. *General thoracic surgery* (4.ª ed.). Filadelfia: Williams and Wilkins, 1994; 2: 1.771-1.801.
6. Kirschner PA. Reoperation for thymoma. Report of 23 cases. *Ann Thorac Surg* 1990; 49: 550-555.
7. Maggi G, Casadio C, Cavallo A, Cianci R, Molinatti M, Ruffini E. Thymoma: results of 241 operated cases. *Ann Thorac Surg* 1991; 51: 152-156.
8. Loehrer PJ, Kim KM, Aisner SC et al. Cisplatin plus doxorubicin plus cyclophosphamide in metastatic or recurrent thymoma. Final results of an intergroup trial. *J Clin Oncol* 1994; 12: 1.164-1.168