

Timomas

Doctor G. Vidal López

Vamos a exponer la experiencia que hemos adquirido desde 1960 sobre timomas, y sacar de ella nuestras conclusiones.

De los 16 tumores, 14 han sido intervenidos y 2 sometidos a cobaltoterapia.

CONCLUSIONES

1.^a Los timomas se encuentran o se buscan:

- a) Encontrado el 70 por 100.
- b) Buscado: Tos seca más disnea discreta más dolor más compresión venosa, 11 por 100.
Enfermedades sistémicas, 19 por 100.

2.^a Radiología:

Todos nuestros tumores han sido de mediastino anterior a no importa qué nivel: altos, medios, yuxtacardiacos, cupradiafragmáticos, pero siempre con el denominador común de localización anterior. Ninguna forma intrapulmonar ni cervical.

3.^a Asociaciones:

En tres ocasiones el síndrome tumoral se ha presentado en miasténicos comprobados electromiográficamente: dos con clínica muy objetiva y otra con discretos trastornos que requerían medicación. De ellos, dos correspondían a formas encapsuladas y otro a una forma infiltrante. De los tres, dos fueron intervenidos y el tercero, al rehusar, se sometió a cobalto. La forma infiltrante, que fue irreseccable y que con anterioridad se sometió a cobalto, mejoró su síndrome neuromuscular discretamente. El otro resacado de forma definitiva. La sometida a

cobalto, transitoriamente desaparecieron todas sus molestias, pero reaparecieron a los seis meses.

Del resto de las asociaciones descritas, no hemos encontrado ningún caso de eritroblastopenias, ni agammaglobulinemias, ni trastornos endocrinometabólicos descritos. Hemos tenido ocasión de vivir tres casos de agammaglobulinemias idiopáticas; dos del adulto, y una, un síndrome de Bruton; dos de ellos con importantísimos trastornos bronquiectásicos unilaterales. En ninguno se comprobó alteración tímica.

4.^a Correlaciones clínica-histopatológicas:

No la hemos encontrado. Idénticas imágenes histopatológicas han correspondido a formas encapsuladas que no han recidivado, que lo han hecho a formas infiltrantes de rápida evolución o lenta (tres años). En todas ellas, el dictamen anatomopatológico era el de timoma linfoepitelial, en una sola ocasión, asociado a miastenia, y en otra tumoración encapsulada, que metastató a año, existía un franco predominio epitelial. Todos nuestros tumores, salvo un lipotimoma, correspondían a formas linfoepitelial con o sin corpúsculos de Hassal. No hemos encontrado timomas quísticos, ni quistes congénitos simples, ni timomas con folículos linfoides o centros germinativos. Salvo las formas infiltrantes, todos han sido tumores bien encapsulados, con pesos que oscilaban entre 150 a 1.300 gramos.

Con un criterio pragmático, y en vista de nuestra experiencia, *no aceptamos un criterio histológico de clasificación* a título meramente descriptivo, el timoma linfoepitelial puede presentar, según el predominio y la morfología celular, formas epiteliales, fusiformes, histiocitarias pseudoseminoma-

tosas, linfocitarias, granulomatosas o seudohodgkinianas. Y sólo por sus especiales características de benignidad y su asociación a enfermedades autoinmunes aceptamos los lipotimomas y timomas con metaplasia folicular (foliculos linfoides y centros germinativos).

La ocasión de haber seguido durante once años un caso que se diagnosticó en la primera intervención de timoma hodgkinianos, con recidiva a los dos años y confirmación anatomopatológica, y cuya evolu-

ción ulterior confirmó la existencia de un Hodgkin puro, nos hace ser muy cautos en aceptar esta forma de timoma. Si creemos en el inicio de la enfermedad de Hodgkin por el timo, no olvidemos que también es una glándula linfática y como forma monotópica localizada en estadio I. De igual forma que un linfosarcoma, retículo, leucemia, etcétera.

5.^a Salvo un caso de dudoso diagnóstico con **metástasis** supraclaviculares, todos

Luis B.: Diez años. Despistaje 1961. Incremento masa 1966. Laboratorio N. Toracotomía media transversal con esternotomía ídem. Timoma linfoepitelial con corpúsculos Hassal de 680 gramos.

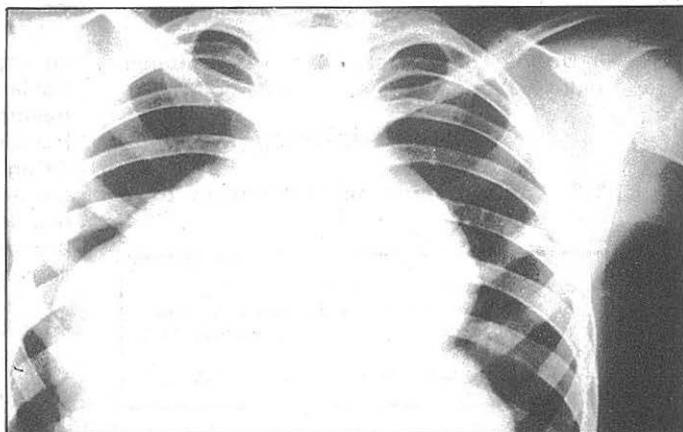


Figura 1

Francisca M.: Treinta años. Despistaje. Toracotomía posterolateral. Timoma linfoepitelial 540 miligramos.

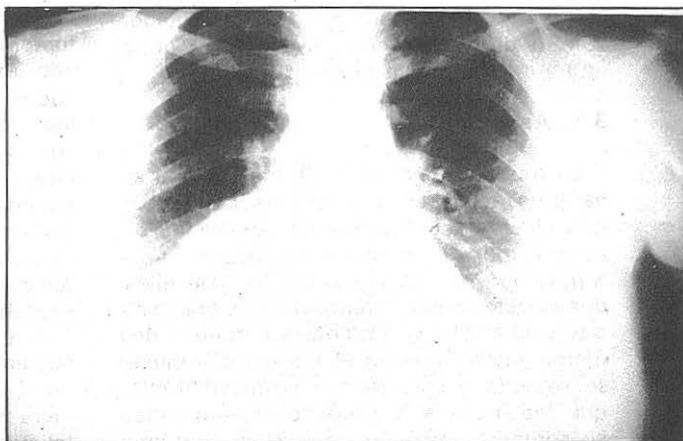


Figura 1

nuestros casos malignos han tenido metástasis siempre intratorácicas, nunca a distancia.

6.^a De las 16 intervenciones que hemos realizado en los 14 enfermos, nueve, toracotomías posterolaterales. Dos toracotomías media con esternotomía transversa (en la misma enferma). Cinco esternotomías medias.

7.^a **Resultados:** La supervivencia de tumores invasores es muy mala. De las

formas infiltrantes, tres fallecieron antes del año, uno al mes de intervenido por una complicación palúdica postransfusional y dos antes del año. Del tercero, que fue intervenido en otro servicio, ignoramos su supervivencia.

De las formas encapsuladas, ocho no han presentado ninguna recidiva y están perfectamente; dos recidivaron: uno "in loco" se intervino, y está bien a los tres años, y otro, al año, ha hecho una metástasis pleural.

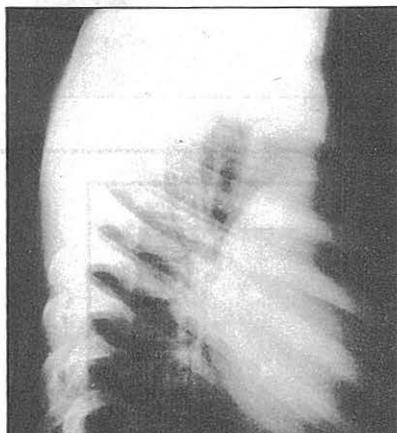


Figura 2.

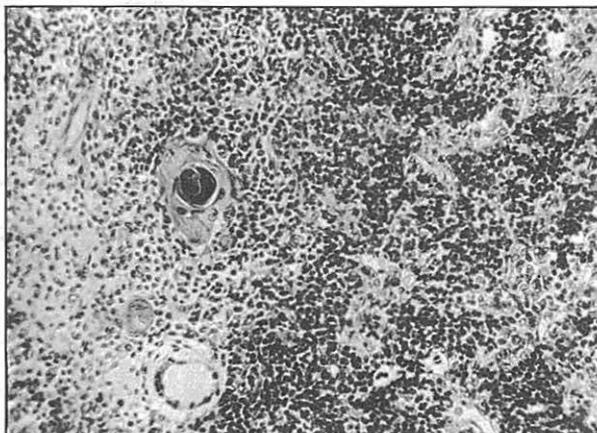


Figura 3.



Figura 2.

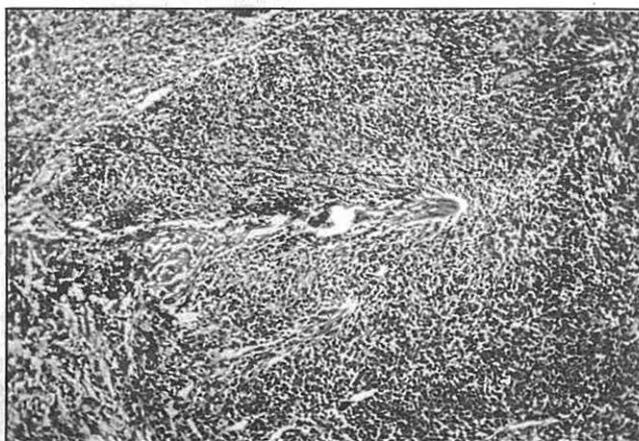


Figura 3.

Juan H.: Cuarenta y dos años. Despistaje. Toracotomía posterolateral. Timoma linfoepitelial.

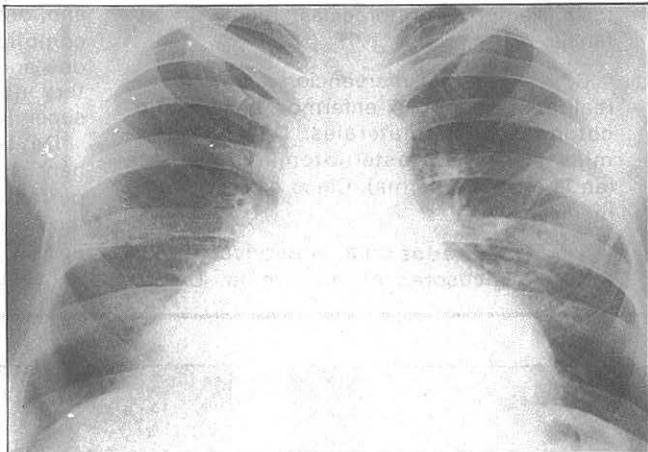


Figura 1..

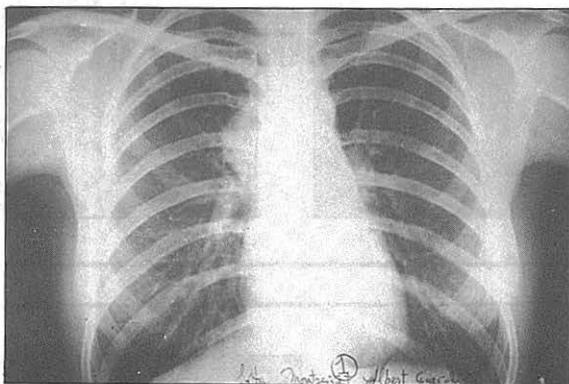


Figura 1

Montserrat A.: Treinta y un años: 1960, despistaje. Toracotomía transversa con esternotomía transversal. Timoma hodgkiniano. Recidiva 1962 in situ. Confirmación diagnóstica. Adenopatía cervical 1965 Hodgkin.

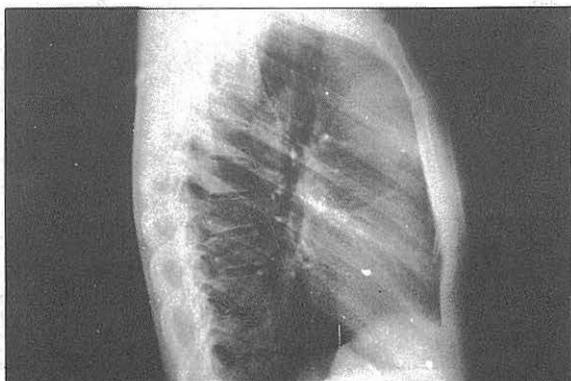


Figura 2.

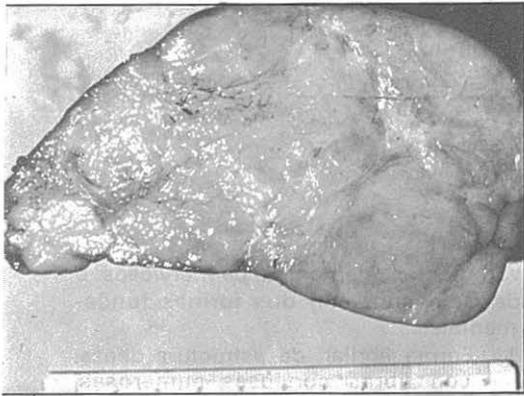


Figura 2.

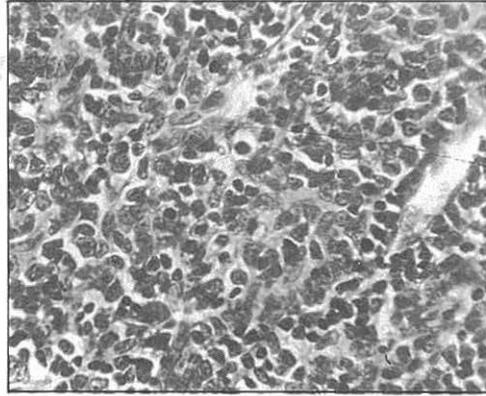
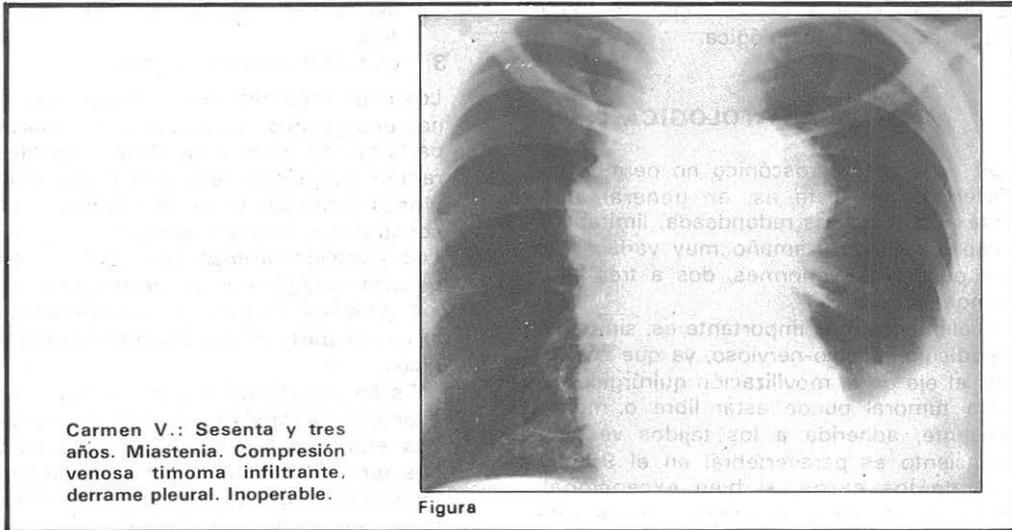


Figura 3.



Carmen V.: Sesenta y tres años. Miastenia. Compresión venosa timoma infiltrante, derrame pleural. Inoperable.

Figura

8.^a Conclusiones:

- 1.^a **Aceptamos como timoma** sólo al linfoepitelial con su variedad lipomatosa.
- 2.^a Son tumores de mediastino anterior a no importa qué nivel.
- 3.^a No existe criterio anatomopatológico de gravedad.
- 4.^a Se asocia con frecuencia variable a afecciones autoinmunes, sin que hasta

la fecha se haya podido establecer una relación de causa a efecto.

- 5.^a Finalmente creemos que ante una tumoración anterior de mediastino, sea cual fuere la asociación, y salvo causas mayores que lo contraindiquen, el timoma por sí mismo, independiente de los resultados que puedan obtenerse sobre las enfermedades de acompañamiento, justifica en todos los casos, repito, un tratamiento quirúrgico.