

TIMOMA GIGANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dres. Delgado D, Lattanzio P, Dibarboure P, Campos A, Bruno G

Servicio de Cirugía Torácica. Instituto del Tórax. Hospital Maciel
Montevideo, Uruguay

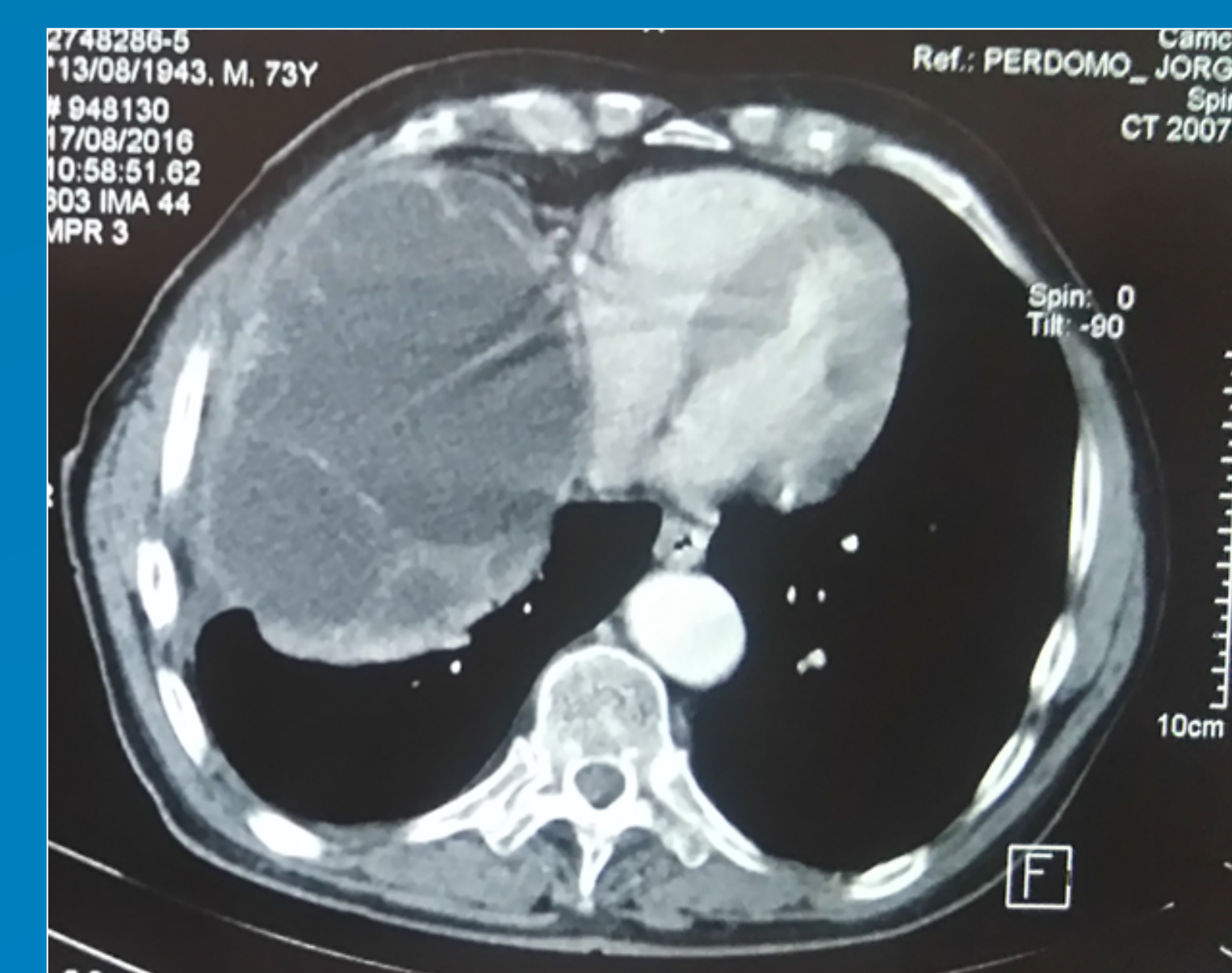
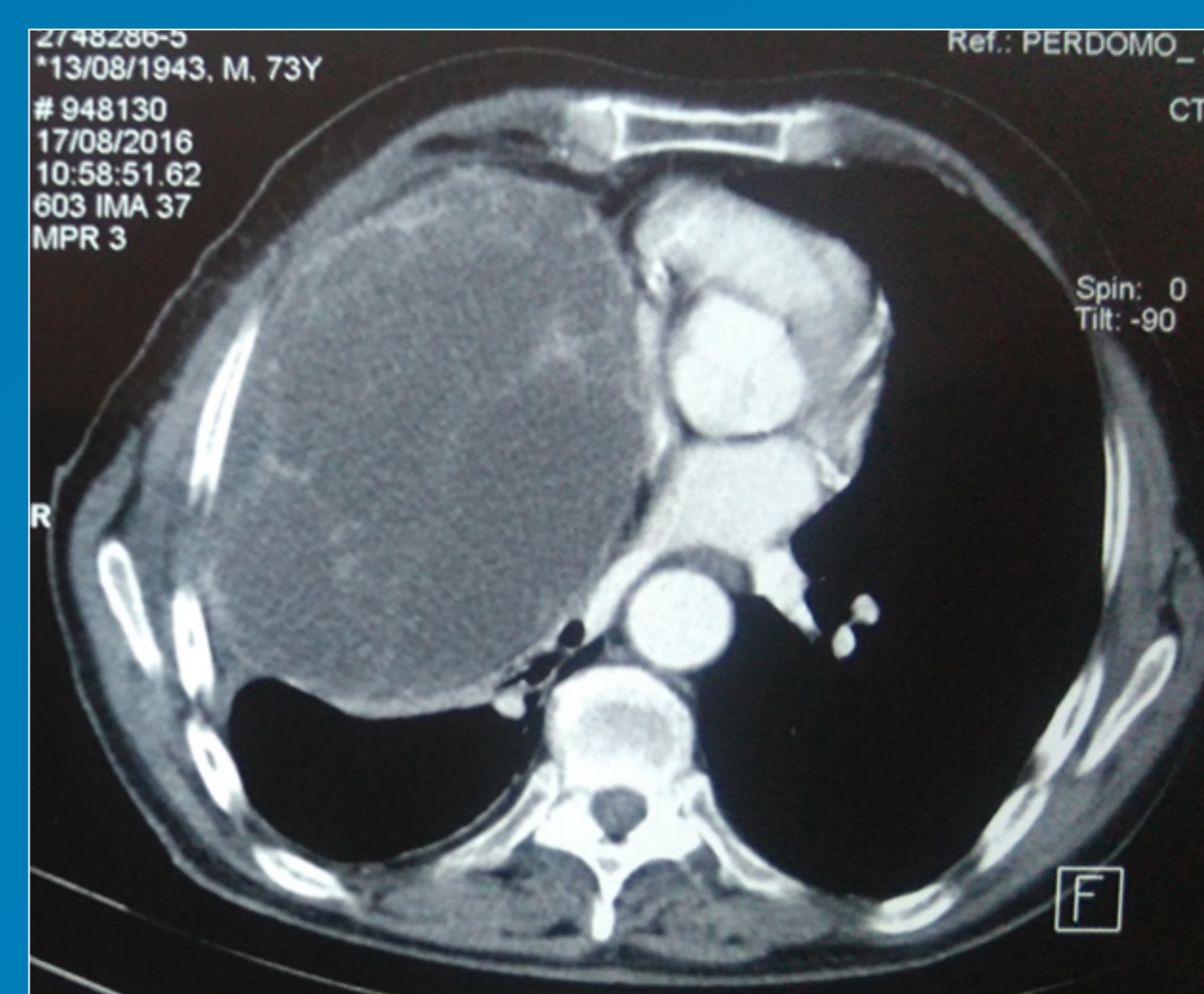
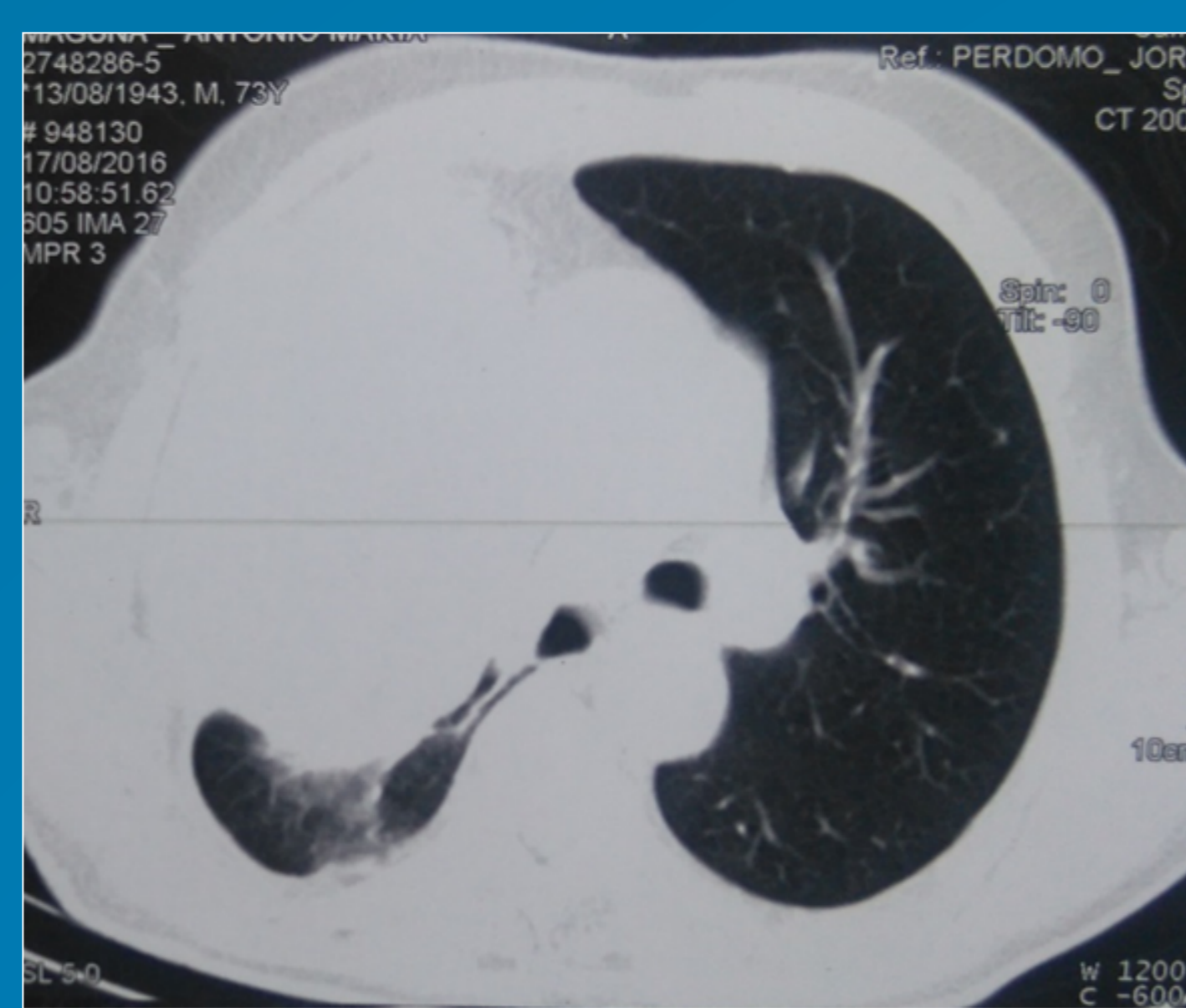
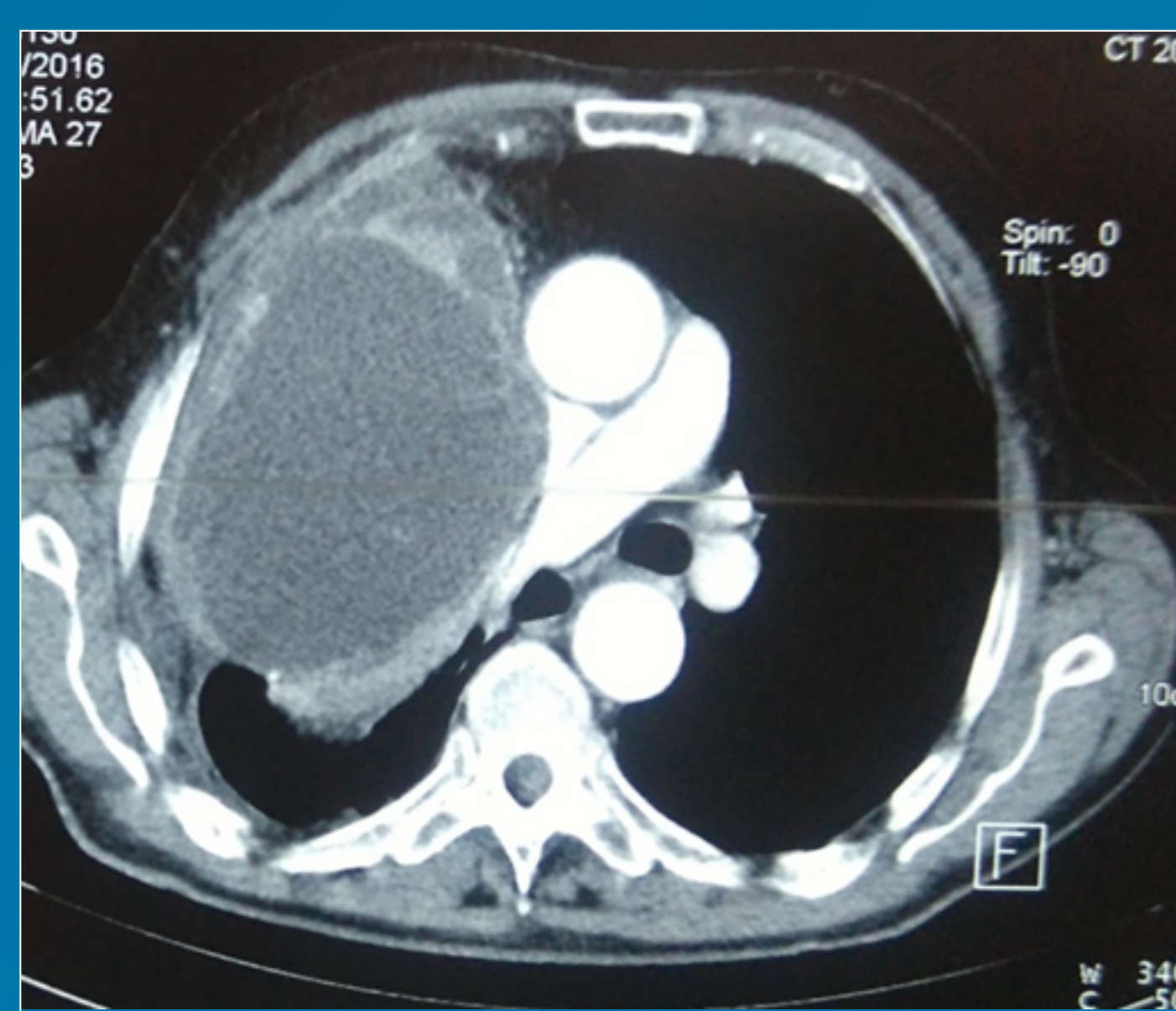
INTRODUCCIÓN: Los tumores del timo son de biología compleja y de etiología no bien conocida. Un bajo porcentaje de los timomas se presenta como tumor gigante intratorácico. Rara vez se requiere de un abordaje torácico por toracotomía para la resección de un timoma. Se presenta el caso de un timoma de inusitado tamaño resecado por toracotomía pósterolateral.

CASO CLÍNICO: Hombre, 73 años, Hipertenso, ex fumador. Imagen radiológica paracardíaca derecha conocida de tres años de evolución, no estudiada por decisión del paciente. Cuadro de dos semanas de disnea progresiva que se hace de reposo. Tos y expectoración mucosa. Adelgazamiento de 7 kg en un mes.

Examen Físico: buen estado general. Hipocoloreado. Polipneico. MAV abolido a derecha.

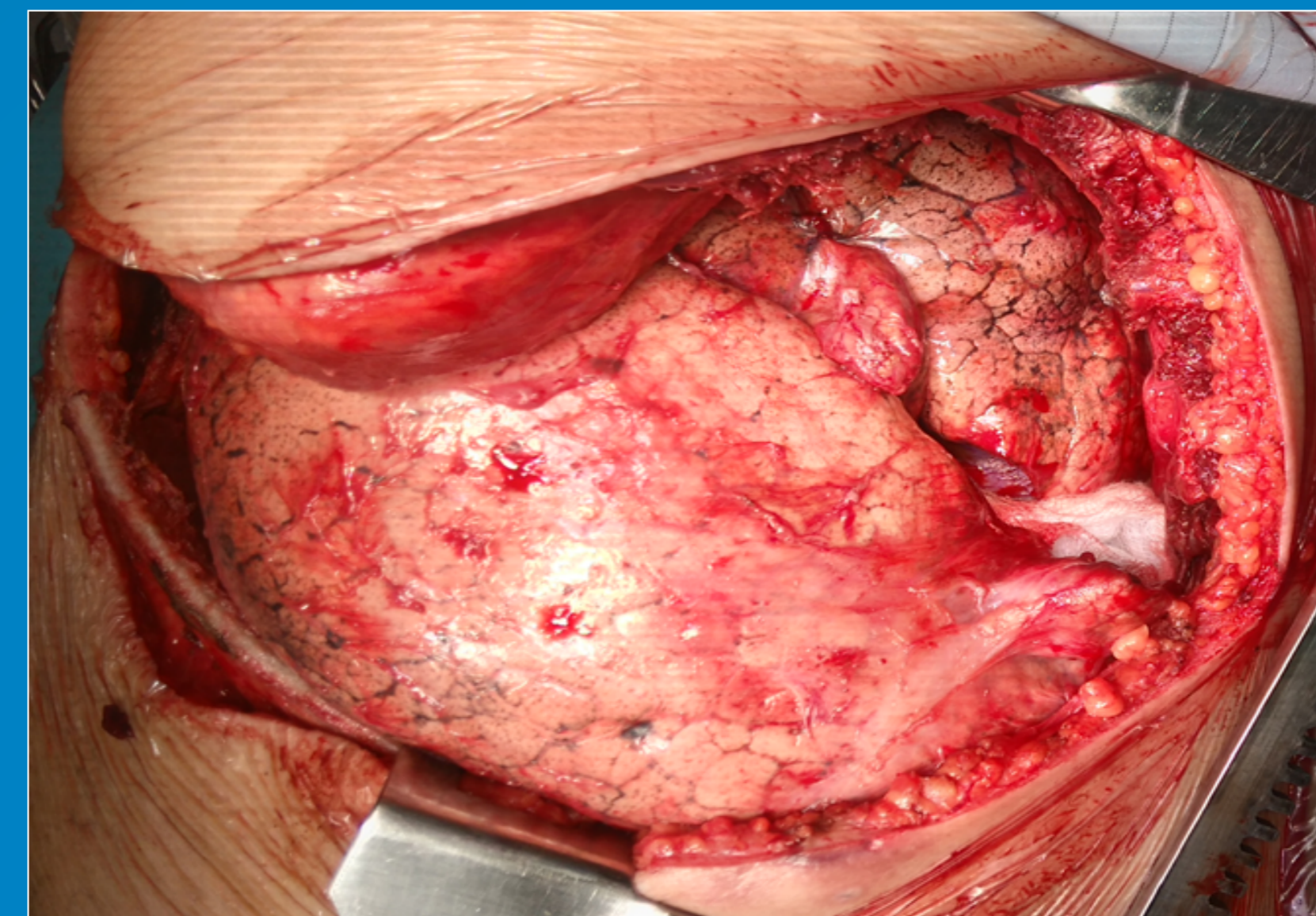
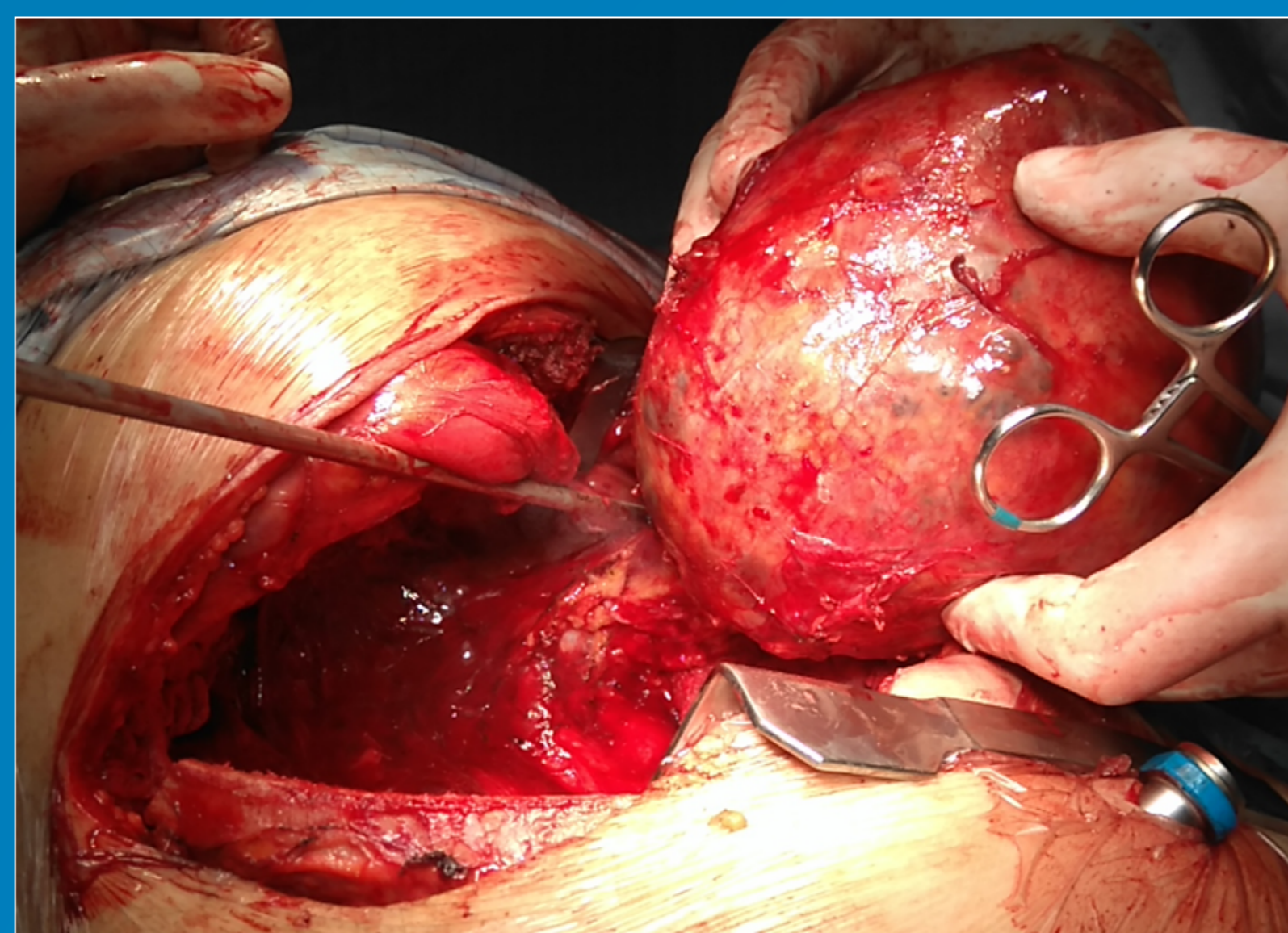
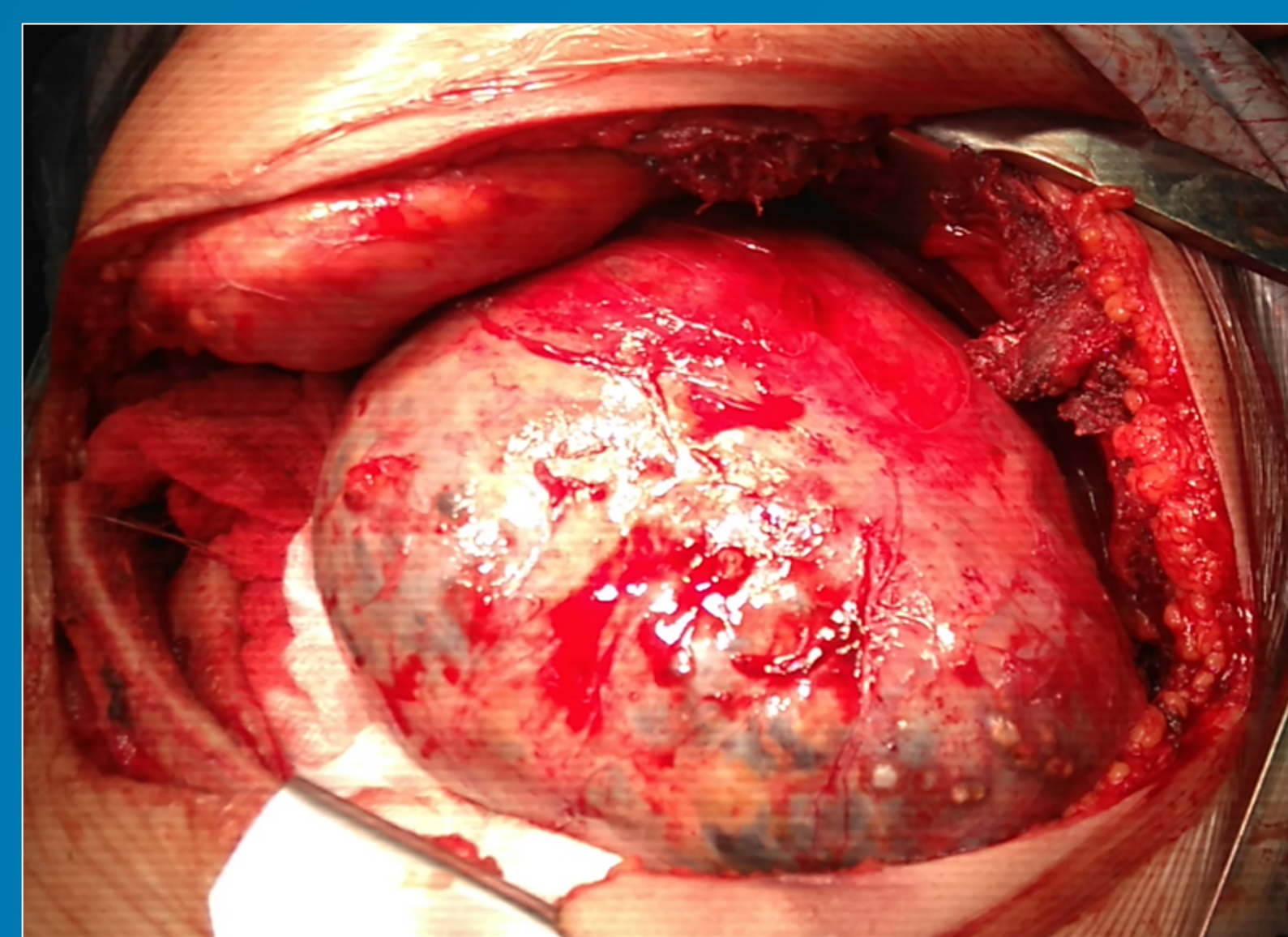
Tomografía: voluminosa masa quistificada de probable origen mediastinal anterior con desplazamiento de estructuras, sin invasión. Atelectasia total del pulmón derecho.

FBC: distorsión segmentaria de bronquios lobares. Biopsias transbrónquicas negativas. Marcadores tumorales (β HCG, LDH, CEA) normales. Funcional respiratorio con patrón restrictivo y transferencia gaseosa descendida. Ecocardiograma normal sin elementos de hipertension pulmonar.



CIRUGÍA: Con fines diagnósticos y terapéuticos. Toracotomía pósterolateral derecha. Exploración: gran masa firmeelástica que ocupa toda la cavidad torácica, adherida al pericardio sin poder precisar origen. Colapso pulmonar total con reexpansión completa luego de resección de la masa tumoral. Intraoperatorio sin complicaciones cardiorespiratorias.

Postoperatorio extubado, con catéter peridural para analgesia. Alta de CTI al 6° día. Buena evolución en sala. Reexpansión clínico radiológica completa por lo que se retiran drenajes al 2° y 4° día. Alta a domicilio a los 14 días.



ANATOMÍA PATOLÓGICA: tumoración de 160x110 mm, 1500 gr. Hallazgos morfológicos e inmunohistoquímicos compatibles con un Timoma tipo A, estadio I del Sistema de Masaoka modificado.

Buena evolución al 6° mes de seguimiento.

DISCUSIÓN: Los timomas representan el 30% de las masas mediastinales en adultos. Se localizan habitualmente en el mediastino ánterosuperior. Un tercio se presentan como hallazgo imagenológico, otro tercio con síntomas locales, y otro en la evaluación de una miastenia gravis. Es rara la presentación como masa gigante intratorácica. La mayoría de los timomas suelen tener un crecimiento lento, y raramente invasor, salvo que muestren agresividad local.

La cirugía es un pilar fundamental: el diagnóstico definitivo es el estudio anatómopatológico y su resección completa es uno de los principales factores pronósticos.

Los abordajes clásicos por esternotomía media, transcervical y más recientemente toracoscópico pierden indicación en las masas gigantes intratorácicas que requieren de abordajes alternativos, como toracotomía ánterolateral, hemiclámshell, o pósterolateral como en este caso. Se destaca la dificultad del manejo anestésico en todo tumor gigante intratorácico dado el riesgo de "mediastinal mass syndrome", dado por la compresión de vía aérea, vena cava, arteria pulmonar o cavidades cardíacas, con la consiguiente descompensación cardiorespiratoria.

BIBLIOGRAFÍA:

Aragó P y col. Cirugía radical en timoma gigante de mediastino. Cir Esp. 2010; 87(1):46-58.
Zhao W et al. Giant thymoma successfully resected via hemiclámshell thoracotomy: a case report. J Thorac Dis 2016;8(8):E677-E680.

Cuba y col. Timoma gigante asintomático. Rev. Col. Bras. Cir. 2005; 32(5): 283-284
González M y col. Tumores del timo y cirugía Revista Cubana de Cirugía 2011;50(3):295-301