

## Resección extendida por timoma gigante de mediastino. Informe de caso y revisión bibliográfica

### Extended resection of giant thymoma of the mediastinum. Case report and literature review

Matías R. Ruggeri, Gonzalo Demarchi, Javier De Lauro, Norberto Lucilli

Departamento de  
Cirugía. Servicio de  
Cirugía General  
Hospital General de  
Agudos J. M. Ramos  
Mejía, Buenos Aires,  
Argentina

Correspondencia:  
E-mail: matiasruggeri@  
hotmail.com

Los timomas son neoplasias derivadas del epitelio tímico y constituyen los tumores malignos más frecuentes del timo. La primera descripción de un tumor tímico fue realizada por el cirujano inglés Astley Paston Cooper en 1832, mientras que la primera timectomía por miastenia grave tuvo lugar en Suiza, en el año 1911, a cargo del alemán Ernst Ferdinand Sauerbruch<sup>1</sup>. En nuestro medio, el Dr. Brea en 1952 y 1965 presentó su experiencia con enfermos abordados, en su mayoría, por esternotomías verticales totales. Fue Alejandro Villegas, en 1971, quien realizó la primera timectomía transcervical en nuestro país<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 62 años que consulta por dolor retroesternal y tos de 4 meses de evolución, asociado a disnea clase funcional II y pérdida de 6 kg de peso en los últimos 2 meses. La radiografía de tórax evidencia gran radiopacidad paracardíaca izquierda, mientras que la resonancia magnética muestra una voluminosa formación que realiza con contraste de 14 × 8 cm en íntimo contacto con la aorta ascendente, el tronco pulmonar, la arteria pulmonar izquierda y las cavidades cardíacas homolaterales (Fig. 1). Se realiza biopsia por punción transparietal guiada por imágenes, confirmando el origen tímico.

Por el tamaño y localización se decide abordar la lesión por toracotomía posterolateral izquierda; se encuentra una formación duroelástica que ocu-

pa más de la mitad del hemitórax, fuertemente adherida al pericardio, el nervio frénico y la llingula. Se realiza resección en bloque con lingulectomía en cuña y pericardiectomía "por demanda", incluyendo el nervio frénico, así como muestreo ganglionar mediastinal (Fig. 2).

El estudio anatomopatológico evidenció un timoma mixto (AB) con invasión capsular mínima, parénquima pulmonar y pericardio con infiltración neoplásica (estadio III de Masaoka) y ausencia de metástasis linfáticas.

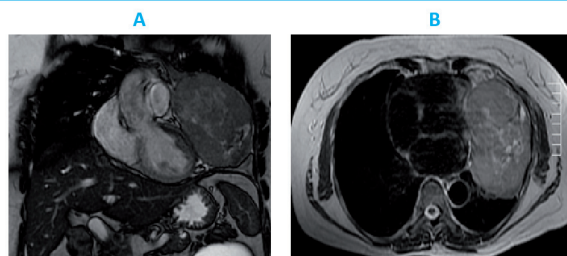
La paciente tuvo una evolución favorable y se externó al quinto día posoperatorio. No manifestó complicaciones en los 22 meses de controles posoperatorios ambulatorios.

Los timomas pueden llegar a representar entre un 30 y un 50% de los tumores del mediastino y un 85% de los tumores del timo; en un 95% de los casos se localizan en el compartimento anterior.

Son generalmente tumores de crecimiento lento; cuando son invasores, producen compromiso locorregional en pleura, pericardio o diafragma, o en todos ellos. Las metástasis linfáticas y extratorácicas son infrecuentes.

Suelen presentarse alrededor de los 55 años de edad y son algo más comunes en el sexo femenino. La clínica es poco específica y guarda relación con síndromes neurológicos o por compresiones extrínsecas de acuerdo con el tamaño tumoral. Los síntomas que con mayor frecuencia se presentan son dolor torácico, tos, disnea y taponamiento cardíaco. No es infrecuente la coexistencia con miastenia grave (MG). En los pacientes con tumores epiteliales de timo, esta última aparece en el 30-50% de los casos, mientras que en los

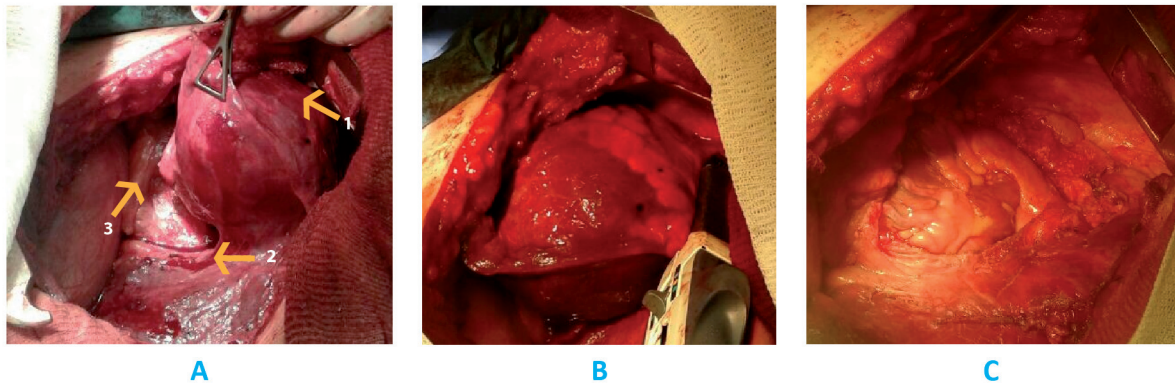
FIGURA 1



RM: Corte coronal (A) y axial (B).

Recibido el  
26 de octubre de 2015  
Aceptado el  
15 de marzo de 2016

FIGURA 2



A: Gran timoma adherido a llingula (1), pericardio (2) y nervio frénico (3). B: Resección atípica de llingula. C: Lecho quirúrgico posresección.

pacientes con MG, aproximadamente el 10 al 15% presenta una lesión tímica<sup>3</sup>.

Existen múltiples sistemas de clasificación o estadificación para las neoplasias epiteliales del timo (NET), por lo que determinar cuál es el más recomendado aún es motivo de discusión<sup>4</sup>. La clasificación de Masaoka es la más utilizada y aceptada: se basa en el grado de infiltración de la cápsula tumoral y de las estructuras vecinas, y se considera un excelente predictor independiente de supervivencia<sup>5</sup>. La clasificación histológica de la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization [WHO]) de 1999 los divide –de acuerdo con la relación celular epitelial/linfocítica– en cinco grupos (A, AB, B1, B2 y B3). Los tipos A, AB y B1 se consideran de bajo riesgo y presentan mejor pronóstico, mientras que los B2 y B3 son tumores que suelen tener peor evolución.

Para las NET se han descrito variables asociadas a mejor supervivencia como: etapa, grado de resec-

ción, infiltración capsular o de estructuras vecinas, metástasis linfáticas, metástasis hematógenas y asociación a MG.

El tratamiento depende de la etapa evolutiva y se basa en cirugía, radioterapia y quimioterapia. La resección completa (R0) está asociada en forma significativa con una mejor supervivencia a 5 años, aun cuando existiera infiltración de estructuras vecinas. En los estadios II y III de Masaoka se recomiendan las resecciones extendidas (pleurectomía, pericardiectomía, resección pulmonar en cuña, parcial de vena cava o del tronco venoso innominado).

La radioterapia y la quimioterapia pueden ser utilizadas como tratamiento de inducción, adyuvante o paliativo; sin embargo, la terapia óptima deberá ser consensuada en cada caso por equipos multidisciplinares de cirujanos, oncólogos e internistas, discutido en Comité de Tumores<sup>6</sup>.

#### Referencias bibliográficas

- Givel JC, Merlini M, Clarke DB, Dusmet M. Historical review in surgery of the thymus. Berlin: Springer; 1990; 43:645-712.
- Lamy R y cols. Relato Oficial: Procedimientos miniinvasivos del mediastino. Rev Argent Cirug. 2009; 97:35-67.
- Astudillo M, Demarchi G, Lamy R, Lucilli N, Rey R, Sica R. Tratamiento quirúrgico de la Miastenia Gravis. Rev Argent Cirug. 2006; 90(5-6):223.
- Harris K, Elsayegh D, Azab B, Alkaied H, Chalhoub M. Thymoma classification: is it clinically meaningful? World J Surg Oncol. 2011;9:95.
- Hosaka Y, Tsuchida M, Toyabe S, Umezumi H, Eimoto T, Hayashi J. Masaoka stage and histologic grade predict prognosis in patients with thymic carcinoma. Ann Thorac Surg. 2010; 89:912-7.
- Kondo K. Optimal therapy for thymoma. J Med Invest. 2008; 55:17-28.