

CARCINOMA TÍMICO

LUIS A. SANTARELLI *, OSVALDO OTERO MUÑOZ*, JORGE L. BUSCA*, ALFONSO H. MEDORI *, RAÚL GATIUS **
Hospital Regional Español - Estomba 571. (8000) Bahía Blanca.

RESUMEN

Se presenta un caso clínico-quirúrgico de carcinoma tímico. Se describe la forma de presentación clínica, los métodos utilizados para su diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado.

Se actualizan criterios para la clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de los tumores primitivos del timo. Se destaca la utilidad del pronóstico de carcinoma tímico basada en el tipo histológico del tumor y en la extensión de la resección quirúrgica. Se pone énfasis en la importancia de la resección de las estructuras adyacentes y de las recidivas. Se presenta el tratamiento adyuvante con cisplatino y la radioterapia postoperatoria.

Palabras claves: carcinoma tímico, clasificación histológica, resección quirúrgica.

ABSTRACT

A clinical-surgical case of thymic carcinoma is presented. Next, the clinical presentation form, the methods used for its diagnosis, and the surgical treatment performed are described. The criteria for thymus primitive tumor classification, diagnosis, treatment, and prognosis are updated. The usefulness of thymic carcinoma prognosis based on the histological tumor type and the length of surgical resection is emphasized as well as the importance of the resection of adjacent and recidivation structures. Adjuvant treatment with cisplatinium and post-surgical radiotherapy are introduced.

Key words: thymic carcinoma, histological classification, surgical resection.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma tímico es una neoplasia infrecuente que representa el 0,06% de las neoplasias tímicas (1). Los criterios diagnósticos de esta enfermedad son controvertidos. Por lo tanto, es útil presentar una revisión de los avances de la última década.

Hasta el año 1970 los tumores derivados del epitelio tímico se consideraban timomas (1). Uno de los criterios diagnósticos actuales clasifica a los tumores tímicos primarios en cuatro categorías: Timomas (benignos y malignos); Timolipomas; Carcinoma tímico; Carcinoma tímico. En el subtipo carcinoma tímico se ha descrito la presencia de células epiteliales malignas, mientras que, el subtipo timoma benigno y maligno carece de evidencia citológica de malignidad (1).

Es importante destacar que el predictor más fiable y difundido del pronóstico de supervivencia se basa en el análisis histológico del tumor (2). Esta clasificación identifica y subclasifica tumores con alto y bajo grado histológico. Entre los primeros se incluyen los subtipos: linfoepitelioma-tipo

* Médicos Cirujanos

** Médico Neumólogo

Correspondencia: Dr. Luis A. Santarelli. Tel. 4525719, E-mail: santare@uolsinectis.com.ar

Recibido: Diciembre de 1999

Aceptado: Marzo de 2003

carcinoma; de células pequeñas; neuroendócrino; de células claras; sarcomatoide; indiferenciado/anaplásico. Entre los de bajo grado se incluyen los subtipos: escamoso bien diferenciado; mucoepidermoide; basaloide.

Los datos estadísticos publicados por distintos autores muestran que los carcinomas de bajo grado histológico tienen una supervivencia media de 5 años en el 70 % de los casos (3,4). Esta proporción disminuye al 53 % cuando los tumores son reseca- dos en forma incompleta. Generalmente, las metástasis de estos tumores ocurren en pleura, ganglio linfático, pulmón, hígado y hueso.

Existen otros parámetros que frecuentemente son utilizados para definir el pronóstico de supervivencia. Entre ellos podemos citar el crecimiento marginal, la presencia o ausencia de patrón de crecimiento lobular, atipia nuclear, y la presencia de necrosis y actividad mitótica.

El criterio diagnóstico de Masaoka (5) es otro de los sistemas de clasificación de timomas ampliamente aceptado. Permite identificar cinco estados del tumor (I, II, III, IVa, IVb). Se basa en la extensión de la enfermedad y no parece relacionarse con el pronóstico de los carcinomas tímicos, aunque es útil para los timomas (2,5,6,7).

En la literatura son poco frecuentes los casos de carcinoma tímico reportados. Consideramos que el caso que presentado contribuirá a actualizar aspectos relacionados con el diagnóstico y tratamiento de esta neoplasia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino, de 69 años de edad, sin antecedentes relevantes. Consulta por un estado de síndrome gripal con tos seca de dos meses de evolución.



Figura 1.
Radiografía de Tórax que muestra una formación paracardiaca derecha.



Figura 2.
Tomografía Axial Computada (TAC) que muestra una imagen densa en el mediastino anterior derecho.

El examen físico de ingreso reveló buena entrada de aire en ambos campos pulmonares, sin ruidos sobreagregados, ruidos cardíacos normales y silencios libres.

El estudio radiográfico mos- tró una imagen de condensación

paracardiaca derecha (figura 1). El electrocardiograma (ECG) evidenció hemibloqueo anterior izquierdo sin repercusión hemo- dinámica.

Por Tomografía Axial Compu- tada (TAC) se identificó una imagen densa en el mediastino an-

terior derecho (figura 2). El ecodoppler cardíaco transesofágico objetivó una formación que comprime la aurícula derecha. La fibrobroncoscopia fue normal. En el lavado bronquial no se observaron células neoplásicas.

Se indicó un tratamiento sintomático. En el control clínico y radiológico, realizado veinte días después de la primera consulta, se observó la persistencia de la tumoración. El diagnóstico presuntivo de tumor tímico, decidió la exploración quirúrgica.

Etapa Operatoria: se empleó anestesia general e intubación orotraqueal con tubo de doble lumen y toracotomía axilar vertical ampliada variante I (TAVA). El hallazgo intraoperatorio fue un tumor localizado en mediasitino ánterosuperior, de aproximadamente 7 cm de diámetro, con características duroelásticas a la palpación. La formación estaba bien delimitada y encapsulada y no presentaba adhesiones.

Se realizó resección quirúrgica completa de la formación. La toracotomía se cerró colocando un tubo de avenamiento pleural con sello bajo agua y drenaje tubular subcutáneo por contraabertura.

Etapa Postoperatoria: el paciente presentó buena evolución postquirúrgica. La reexpansión pulmonar fue completa. Las extracciones del drenaje tubular subcutáneo y del tubo de avenamiento pleural se realizaron a las 48 y 72 horas, respectivamente. El paciente fue dado de alta al quinto día postoperatorio.

Estudio anátomo-patológico: evidenció un nódulo blanquecino de 6x4x4 cm, semifrías y encapsulado.

Estudio Histológico: mostró una proliferación celular atípica, monomorfa, organizada en ni-

dos epiteloideas con vascularización interpuesta y presencia de linfocitos T.

Los estudios histológicos realizados confirmaron el diagnóstico de carcinoma tímico (Timoma maligno tipo II).

DISCUSIÓN

Las manifestaciones clínicas del carcinoma tímico son generalmente escasas o nulas. En coincidencia con nuestras observaciones, frecuentemente se detecta dolor torácico, edema facial o tos.

En este estudio, el hallazgo radiológico tuvo valor de diagnóstico presuntivo para identificar una masa característica redonda u oval, localizada en la región anterior del mediastino. La imagen tomográfica fue muy útil para definir el tamaño, la localización de la lesión y para diferenciar algunas lesiones tímicas.

La biopsia preoperatoria por punción puede estar indicada para determinar la táctica quirúrgica (3). Evaluamos distintas modalidades quirúrgicas para asegurar la sobrevida del paciente. Optamos por la resección radical del tumor y del tejido adyacente (3,4,7,8,9). Este tratamiento quirúrgico, y la radiación postoperatoria, son las metodologías propuestas para disminuir las recurrencias.

Se ha propuesto que la combinación de resección quirúrgica con radioterapia y quimioterapia con cisplatino es otro criterio terapéutico postoperatorio con buenos resultados (4). Se ha sugerido que las masas residua-

les sean resecadas después de la quimioterapia (3).

Está aceptado que la tasa de sobrevida de estos pacientes se relaciona en forma directa con el tipo histológico del tumor y con la extensión de la resección quirúrgica.

Entre las vías de abordaje del tumor podemos mencionar la toracotomía pósterolateral, TAVA y la esternotomía mediana. Esta última, es la más utilizada en las series de la bibliografía (3,4).

El caso presentado tiene el objetivo de transmitir nuestra experiencia sobre el enfoque diagnóstico y quirúrgico utilizado en el tratamiento de una neoplasia infrecuente, como el carcinoma tímico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Weide LG, Ulbright TM, Loehrer PG Sr, Williams SD. Thymic carcinoma. A distinct clinical entity responsive to chemotherapy. *Cancer* 1993; 71:1219-23.
2. Suster S, Rosai J. Thymic carcinoma. A clinicopathologic study of 60 cases *Cancer* 1991; 15: 1025-32.
3. Bacha EA, Chapelier AR, Macchiarini P, Fadel E, Dartevelle PG. Surgery of invasive primary mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg* 1998; 66:234-9.
4. Kondo K, Yamakawa Y, Niwa H, Kiriya M, Fukai I. Clinical study of nineteen thymic carcinomas. *Nippon Kyobu Geka Gakkai Zasshi* 1996; 44:169-74.
5. Masaoka A, Yamakawa Y. TNM classification of thymic epithelial tumors. *Gan to Kagaku Ryo-ho* 1997; 24:749-54.
6. Blumberg D, Burt ME, Bains N et al. Thymic carcinoma: current staging does not predict progno-

- sis. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 1998; 115:303-9.
7. Blumberg D, Port J L, Weksler B, Delgado R et al. Thymoma: a multivariate analysis of factors predicting survival. *Ann Thorac Surg* 1995; 604:908-13; discussion 914.
 8. Bergh NP, Gatzinsky P, Larsson S, Lundin P, Ridell B. Tumors of the thymus and thymic region: I. Clinicopathological studies on thymomas. *Ann Thorac Surg* 1978; 25:91-8.
 9. Schmidt R, Monig SP, Selzner M, Krug B. Surgical therapy of malignant thymoma. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1997; 38:317-22.