

Quistes del Timo

Una Lesión poco Común. Informe de 1 Caso

A. MATUK, M.D., MSCC., FACS., R. BULA, M.D.

Palabras claves: Timo, Tejido tímico remanente, Quistes del timo, Bolsas faríngeas, Hendiduras branquiales, Arcos branquiales, Conducto timofaríngeo.

Se presenta el caso de una paciente joven, con una masa en el cuello, asintomática, no dependiente del tiroides, quística, que recidiva luego de puncionarla. Durante el acto operatorio, se encontró una lesión uniloculada, que contenía un líquido claro, localizada por debajo del polo inferior izquierdo del tiroides, sin hacer contacto con esta glándula, con extensión al mediastino anterior, diagnosticada histológicamente como quiste del timo.

Se revisa la literatura sobre el tema y se concluye que esta es una entidad poco común.

INTRODUCCION

Las masas cervicales a pesar de su identificación relativamente fácil, representan desde el punto de vista diagnóstico, un reto para el cirujano que las trata (1,2). La gran densidad de las estructuras del cuello hace que cualquier lesión, sin importar su etiología, se evidencie como una tumoración (1).

Las masas del cuello representan del 2 al 4%, de los ingresos hospitalarios (1). El 50% de ellas son de origen tiroideo (1). De igual manera el 50% del total y cerca del 80% de las masas no tiroideas, son de etiología neoplásica (1,2). Aproximadamente el 5% de la totalidad de estas lesiones son de origen congénito (1).

Dentro de este último grupo se encuentra la entidad que nos ocupa. Los quistes del timo, una lesión poco común, que se encuentra en cualquier lugar del trayecto embrionario de la glándula tímica en la cara lateral del cuello, desde el ángulo del maxilar inferior hasta el mediastino anterior (3-7) (Fig. 1).

PRESENTACION DEL CASO

Paciente de 18 años de edad que durante los dos últimos años presentaba una masa de 2 cm de diámetro, en el tercio inferior del cuello, a la izquierda de la línea media, cerca al

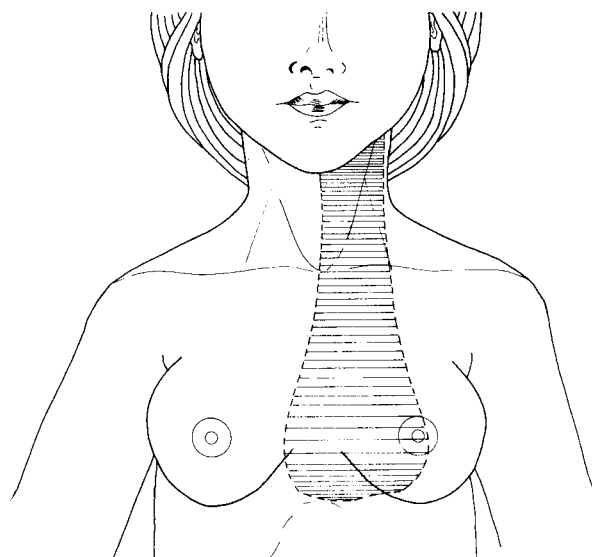


Fig. 1. Trayecto embrionario del timo, desde el ángulo del maxilar izquierdo hasta el mediastino anterior. Es la zona de localización de los quistes tímicos.

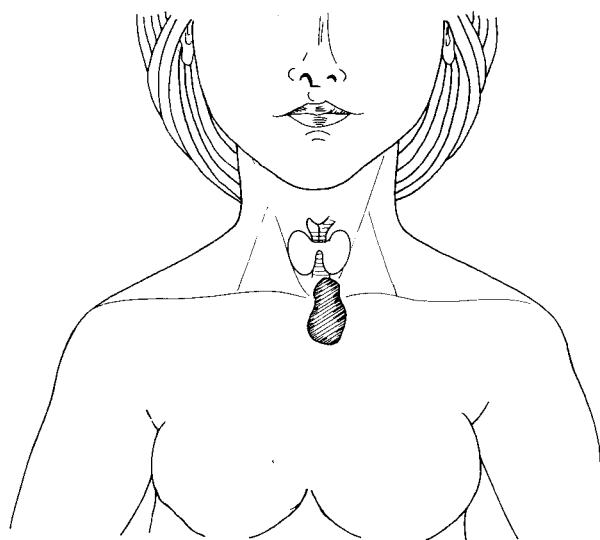


Fig. 2. Masa quística cervicotorácica hallada en el acto quirúrgico.

Doctores: Assaad Matuk, Prof. y Director del Depto. Quirúrgico; Rodrigo Bula, R-II de Cirug. Gral., Hosp. San Ignacio, U. Javeriana, Bogotá, Colombia.

polo inferior del tiroides, asintomática. Se le realizó gammagrafía tiroidea, en la que se observó una lesión captante en estrecha relación con el polo inferior izquierdo de la glándula, sin que formara parte de ella. La ecografía mostró una lesión quística. Se puncionó en dos oportunidades y se obtuvo un líquido cristalino; hubo recidivas en ambas oportunidades razón por la cual se decidió la extirpación quirúrgica.

Durante el acto operatorio se evidenció una masa quística en forma de reloj de arena, cerca al polo inferior del lóbulo izquierdo del tiroides, con paredes delgadas, que contenía un líquido cristalino en su interior, y que se extendía hasta el mediastino acompañada por el tejido tímico (Fig.2).

Se practicó resección total del quiste. El informe de patología confirmó el diagnóstico de quiste tímico (Fig. 3).

HISTORIA

A mediados del siglo anterior, Dubois llamó la atención sobre unas lesiones quísticas del timo, que se encontraban en las autopsias realizadas en niños con sífilis congénita, que interpretó como abscesos secundarios a la infección luética; debido a esto se les dio el nombre de "abscesos de Dubois" (3,5,8). En 1897, Louplat describió el primer espécimen de quiste tímico congénito (5). En 1901 Polloson y Piery, informaron la resección de un quiste del cuello en un niño de un año y medio, que infortunadamente murió el mismo día de la intervención (8). El primero en reseccionar un quiste tímico con resultados exitosos fue Hyde en 1944 (9).

Luego se han informado series de casos con resecciones de quistes tímicos tanto cervicales como mediastínicos, sin exceder los 40 casos en la literatura, según la revisión hecha por Singh y Zamora en 1979 (9). Sin embargo, diversos autores han informado el hallazgo "no infrecuente" de pequeños quistes tímicos cervicales en autopsias y exámenes de tiroides resecados por diferentes causas patológicas (8,5).

CUADRO CLINICO

Esta es una lesión poco común, que se ve con mayor frecuencia en el sexo masculino (2:1) y en la región izquierda del cuello, con una relación de 2.5:1 respecto de la localización mediastínica. La gran mayoría de ellos se encuentran en niños menores de 10 años; sin embargo, se pueden ver en personas mayores, sobre todo los de localización mediastínica (4-9).

Tienden a manifestarse como masas cervicales asintomáticas, de evolución corta, aunque se han informado casos de 4 años de evolución (7,9).

Los quistes de localización mediastinal, comúnmente se descubren como hallazgos casuales en radiografías del tórax hechas con otros propósitos (6).

Algunos pueden tornarse sintomáticos debido a compresión de estructuras vecinas y manifestarse por dolor, disnea o dificultad respiratoria, disfagia, síndrome de Horner, parálisis de las cuerdas vocales o neumomediastino, dependiendo de su localización (6).

El tamaño del quiste varía, desde unos pocos milímetros hasta varios centímetros de diámetro (3,7,9). Pueden ser uniloculados o multiloculados y su contenido varía ampliamente, pudiendo ser seroso, ámbar, opaco, lechoso, gri-

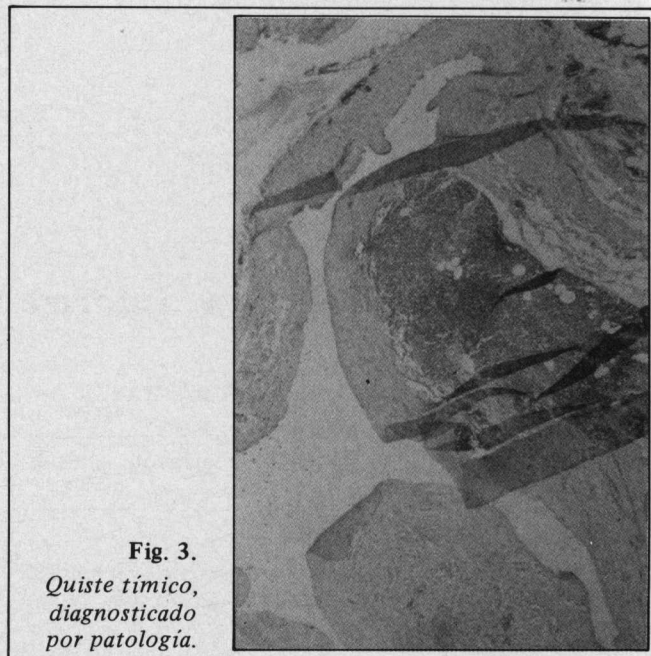


Fig. 3.
*Quiste tímico,
diagnosticado
por patología.*

sáceo o francamente oscuro (9). Algunos presentan una banda fibrosa que los une a la faringe o que se extiende hacia abajo hasta la glándula tímica en su posición habitual. La inmensa mayoría de estas lesiones se encuentran adyacentes a la vaina carotídea o dentro de ella (8). El diagnóstico del quiste del timo se hace, definitivamente, mediante el estudio histológico (6,7,9).

PATOGENIA

Para comprender mejor el desarrollo de estas lesiones, es necesario entender la embriología normal de la glándula tímica.

Hacia la cuarta y quinta semanas de gestación, aparecen las bolsas faríngeas como evaginaciones de las paredes laterales del intestino faríngeo, de origen endodérmico, las que progresivamente se introducen en el mesodermo subyacente, dividiéndolo con ayuda de las hendiduras branquiales, de origen ectodérmico, en cordones de células mesenquimales, los arcos branquiales (10). Mientras estos arcos de origen mesodérmico desarrollan cada uno de ellos los huesos, cartílagos y músculos de la cara y del cuello, las tres últimas hendiduras branquiales formarán el seno cervical, y la primera irá a formar el conducto auditivo externo (10).

En el embrión humano, se encuentran cinco pares de bolsas faríngeas, alineadas a cada lado de la línea media (Fig. 4). La primera bolsa formará el oído medio, la membrana timpánica y la trompa de Eustaquio. La segunda bolsa faríngea se desarrollará como el primordio de la amígdala palatina, que será infiltrada, entre el tercero y quinto meses, por tejido linfático. La cuarta bolsa faríngea dará origen a las glándulas paratiroides superiores. Hay controversia entre si esta bolsa puede originar tejido tímico que luego desaparece, y si forma tejido tiroideo que luego irá a aparecer como tiroides lateral. La quinta bolsa faríngea considerada por algunos autores como parte de la cuarta bolsa, formará el cuerpo último branquial, que quedará más tarde incluido en el tiroides, como las células parafoliculares o células C, productoras de calcitonina (10).

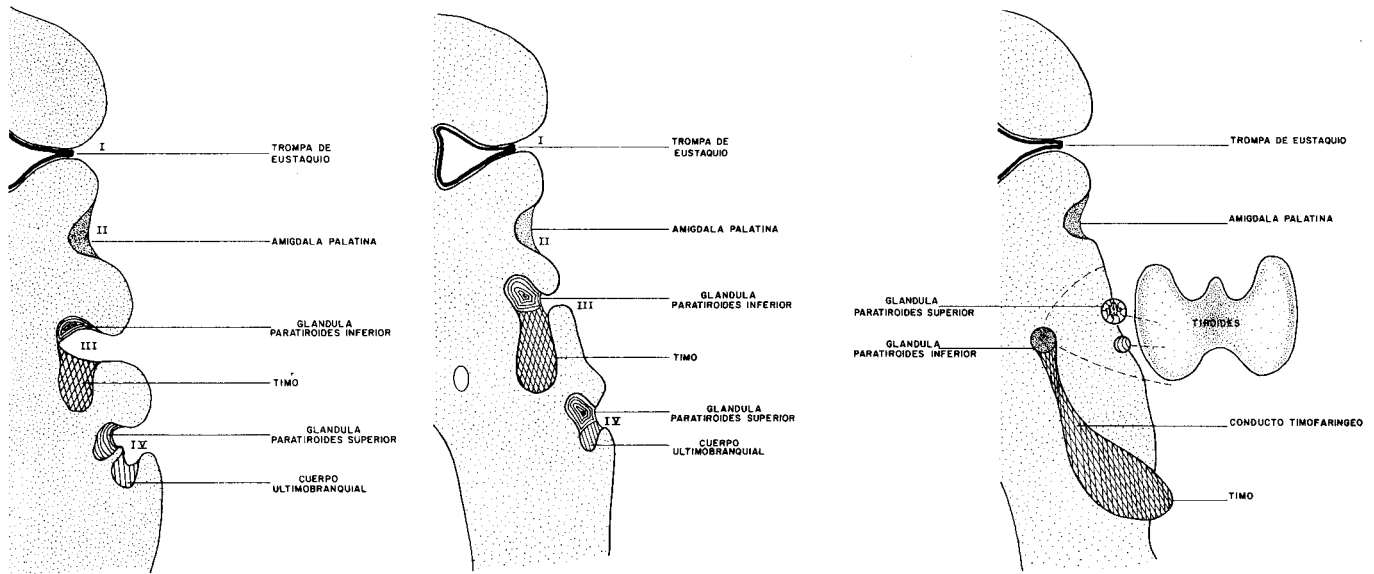


Fig. 4. Desarrollo embriológico de las bolsas faríngeas. Obsérvese cómo la tercera de ellas se diferencia en dos prolongaciones, de las cuales la ventral da origen al timo.

Fig. 5. El primordio del timo inicia su migración en sentido caudal, hacia la sexta semana embrionaria.

Fig. 6. Descenso del timo al mediastino anterior, llevándose la paratiroides inferior. La persistencia del conducto timofaríngeo se ha asociado a la presencia de quistes del timo.

Nos interesa especialmente el desarrollo de la tercera bolsa faríngea la cual se diferencia en tejido paratiroideo en su porción ventral, mientras que la porción dorsal se diferencia como tejido tímico (10).

Hacia la sexta semana el primordio del timo se ha separado de la pared faríngea (9,10) (Fig. 5). Inicialmente hueco, mientras migra caudalmente, situado debajo del tiroides y adherido al pericardio, se torna sólido, apareciendo como un par de cordones celulares a cada lado de la línea media en el embrión de 7 semanas (9).

La glándula desciende hasta el mediastino, tomando en el camino componentes del seno cervical, de origen ectodérmico, a partir de los cuales, al parecer, se originan los corpúsculos de Hassall (4,8). En su camino ha dejado un tracto celular, el conducto timofaríngeo (Fig. 6), que más tarde debe desaparecer, hacia el tercer mes de vida intrauterina (4).

La falla parcial en la desaparición del tracto de descenso del timo, origina tejido tímico en posición cervical, ya sea como nidos celulares aislados sólidos o quísticos, o como una lengüeta de tejido tímico adherida a la glándula en su posición normal (3,4,8,9).

Hay controversia entre los distintos autores en cuanto a la patogenia de estas lesiones. La mayoría de ellos aceptan que tienen su origen similar al de los quistes branquiales y tiroglosos, o sea, se originan de remanentes del conducto timofaríngeo (3 - 9, 11). Otros autores sostienen que el origen de estas lesiones es la degeneración quística de los corpúsculos de Hassall (6,7).

PATOLOGIA

Son lesiones multiloculadas o uniloculadas, que presentan una forma ovoide o redondeada cuando se encuentran en el

mediastino, y tubular o alargada con su eje orientado de arriba abajo, cuando son de localización cervical (6,7). Macroscópicamente, se observa una pared delgada de superficie lisa, con un contenido que, como se dijo, varía ampliamente de color, debido a que dentro de estas lesiones se pueden acumular detritos celulares, restos sanguíneos y acúmulos de colesterol (6,7). Este último elemento es considerado por algunos autores como una característica de su origen tímico (7).

Microscópicamente, se considera característico el encontrar islotes del tejido tímico en la pared del quiste (Fig. 3) (3-9, 11). Estos remanentes de tejido, deben ser buscados de una manera cuidadosa, debido a que en ocasiones por presentar un estado atrófico, no son observados (7). La superficie interna está cubierta por un epitelio que puede variar, desde cuboidal, columnar ciliado, hasta escamoso estratificado (Fig. 3) (6,7).

El tejido de recubrimiento del quiste, puede faltar y observarse únicamente la pared fibrosa, con áreas de inflamación crónica, granulomas de colesterol y hemorragia, por infección o necrosis por presión (6,7).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Los quistes del timo, son rara vez tenidos en cuenta como diagnóstico diferencial en las masas del cuello y del mediastino, a pesar de que, al parecer, los restos de tejido tímico cervicales son frecuentes.

Las principales lesiones de las que se deben diferenciar los quistes del timo son aquellas de origen neoplásico (6,7,11). Los teratomas, los timomas con degeneración quística y los linfangiomas, son los tumores del timo que deben tenerse en cuenta. El diagnóstico diferencial suele hacerse claramente al examen histológico, mediante la cuidadosa observación de los nódulos de tejido tímico en la pared (6,7).

Los quistes branquiales, por su localización y edad de presentación, son de difícil diferenciación. Aun desde el punto de vista histológico, pueden presentarse dificultades, debido a la similitud del epitelio de recubrimiento. El principal elemento de diferenciación, es la presencia de tejido tímico en la pared de los quistes del timo, mientras que los branquiales presentan nódulos de tejido linfóide (6-8).

Otras entidades menos frecuentes que deben ser tenidas en cuenta son: los tumores de células germinales y la enfermedad de Hodgkin del timo, cuando sufren degeneración quística, lo mismo que otras lesiones quísticas del cuello y el mediastino, tales como los quistes entéricos y broncogénicos (6).

ABSTRACT

This is a case report of a young female patient with an asymptomatic, non thyroid-dependent cystic mass which recurred after tapping. During surgery, a uniloculated lesion was found containing clear fluid.

The lesion was located under the left inferior pole of the thyroid gland without touching it, but with extension to the thyme. A review of the literature, which included this report, show that this is a rare neck lesion.

REFERENCIAS

1. Bland KI: The mass in the neck. In: Polk H, Stone H, Gardner B: Basic Surgery. Third edition ACC Norwalk, Connecticut 1987: 199 - 240
2. Skandalakis JE: Complicaciones anatómicas en cirugía general. Mac Graw-Hill 1987: 1 - 20
3. Bieger RC, Mc Adams J: Thymic cysts. Arch Path 1966; 533 - 41
4. Fielding JF: Farmer AW, Lindsay WK, Conen PE: Cystic degeneration in persistent cervical thymus: A report of four cases in children. Can J Surg 1063; 6: 178 - 86
5. Indeglia RA, Shea MA, Grage TB: Congenital cysts of the thymus gland. Arch Surg 1967; 94: 149 - 52
6. Marchevsky AM, Kaneko M: Surgical pathology of the mediastinum, Raven Press 1984; 950 - 7
7. Rosai J, Levine G: Tumor like conditions of the thymus. In: Atlas of tumor pathology. Second series. Fascicle 13. Armed Forces Institute of Pathology. Washington D.C.: 207 - 11
8. Fahmy S: Cervical thymic cysts: Their pathogenesis and relationship to branquial cysts. J Laringol Otol 1974; 88: 47 - 66
9. Singh RP, Zamora I, Pia F, Klingensmith W: Congenital thymic cysts in the neck. Int Surg 1979; 64: 37 - 41
10. Langman L: Embriología médica. Segunda edición. Interamericana 1969: 215 - 30
11. Dyer NH: Cystic thymomas and thymic cysts. A review. Thorax 1967; 22: 408 - 21

LILACS

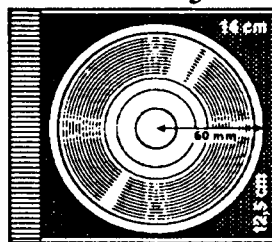
CD-ROM



Esta es la mayor area util de la salud Latinoamericana y del Caribe.

LILACS/CD-ROM es la más completa y actualizada base de datos que registra y difunde la producción intelectual del profesional de la Salud de América Latina y el Caribe.

En un esfuerzo conjunto con los países que forman la Red Latinoamericana y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud y, utilizando la moderna tecnología de almacenamiento óptico, BIREME consiguió reunir en un solo Disco Compacto las referencias bibliográficas y resúmenes de documentos publicados a partir de 1982. Artículos de revistas, libros, tesis, informes técnicos, publicaciones de la OPS y otros tipos de literatura son sistemáticamente procesados e incluidos en LILACS.



Preparada por el CEPIS, figura también en el mismo disco la base de datos REPIDISCA con citas bibliográficas referidas a Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente. Mantenga su conocimiento al día accediendo a este universo de información en cualquier instante que lo desee. Se requiere solamente un micro compatible con PC XT o AT y un equipo de lectura de CD-ROM. Y, más aún, fotocopias de los documentos originales pueden ser

solicitadas por correo, telex o FAX a las bibliotecas de la Red. Por el precio de US\$ 120.00* pagaderos en moneda nacional, Ud. puede, hoy mismo, formalizar la suscripción anual (1 disco trimestral) ante el Centro Coordinador Nacional de su país, o BIREME.



Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud

Rua Botucatu, 862 - 04023 - São Paulo - Brasil - Telex: 1122143 OPAS BR - Tel.: (011) 549-2611 - Fax.: (011) 571-1919

Organización Panamericana de la Salud - OPAS



OMS - Organización Mundial de la Salud

(* Precio valido para América Latina y el Caribe. Para los demás países US\$ 400.00.