



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Timoma en edad pediátrica. Reporte de un caso y revisión de la bibliografía



Ana Lilia Nolasco-de la Rosa*, Roberto Mosiñoz-Montes,
Luis Alberto Nuñez-Trenado, Edgardo Román-Guzmán,
Christian Ezequiel Chávez-Villicaña y Guillermo Naranjo-Hernández

Servicio de Cirugía, Centro Médico Ecatepec, Instituto de Seguridad Social del Estado de México (ISSEMyM), Ecatepec, Estado de México, México

Recibido el 28 de noviembre de 2014; aceptado el 20 de abril de 2015
Disponible en Internet el 5 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Timoma;
Masaoka;
Mediastino

Resumen

Antecedentes: Los tumores de mediastino en niños son poco frecuentes, el 25% de ellos corresponde a tumores malignos. El timoma es una neoplasia poco común, en adultos corresponde al 30% de los tumores de mediastino anterior y con un pico de incidencia es entre los 55-65 años. **Caso clínico:** Se reporta el caso de un timoma linfocítico en una paciente de 4 años, sin sintomatología previa ni asociada, solo aumento de volumen en región anterior de cuello. Las radiografías y tomografías de cuello y tórax confirman una masa mediastinal anterior, que rodea a la aorta y la cava, así como múltiples adenomegalias mediastinales.

Conclusiones: El diagnóstico temprano y la resección completa son la base del tratamiento y del pronóstico.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Thymoma;
Masaoka;
Mediastinal

Thymoma in childhood. A case report and review of literature

Abstract

Background: Mediastinal tumours in children are rare. Around 25% of them can be malignant. The thymoma is an uncommon neoplasm, and during adulthood it corresponds to 30% of anterior mediastinum tumours. The peak incidence is between 55-65 years.

* Autor para correspondencia: Edificio 14 entrada C departamento 102 Col.: Unidad Lindavista Vallejo. Entre poniente 152 y Norte 35. Gustavo A Madero. C.P. 07720. D.F., México. Tel.: +52 55 5567 3524.

Correo electrónico: anis3791@hotmail.com (A.L. Nolasco-de la Rosa).

Clinical case: A case of lymphocytic thymoma case is reported in a 4 year old patient with no previous or associated symptomatology. There was only a volume increase on the anterior neck region. The neck radiography and neck and chest tomography confirmed an anterior mediastinal mass surrounding the aorta and vena cava, as well as multiple mediastinal lymph nodes
Conclusions: Early diagnosis and complete resection are the basis for management and prognosis.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

Los tumores mediastinales son poco frecuentes en niños, corresponden al 3% del total de cirugías de tórax en niños. El 45-50% corresponden a tumores primarios y, de estos, el 40-45% a tumores malignos, y el tercio de estos se presentan en menores de 2 años¹⁻³. De los tumores primarios, los principales son tímicos, neurogénicos, linfáticos, de células germinales o mesenquimatosos; los secundarios son por diseminación linfática de órganos intratorácicos hacia mediastino². La mayor localización se tiene en mediastino posterior y la mayoría son de origen neurogénico y benigno¹.

Debido a que la mayoría son asintomáticos, la mayor parte de los tumores son diagnosticados como hallazgos radiográficos¹ y en ocasiones suelen presentarse con fiebre, pérdida de peso, mal estado general, insuficiencia respiratoria aguda con disnea, tiraje intercostal, atelectasias o más agresivamente como síndrome de vena cava superior, disfagia, disfonía, espasmo laríngeo por compromiso del nervio laríngeo recurrente, parálisis diafragmática por afectación del nervio frénico o bien síndrome de Horner por compromiso de ganglios y nervios simpáticos^{1,2}. Una vez localizada la lesión, el protocolo de estudio incluye: biometría hemática, panel metabólico completo, y de infecciones, marcadores tumorales. Es necesario complementar la radiografía de tórax con una proyección lateral. El estándar de oro es la tomografía axial simple y contrastada; en ocasiones resonancia magnética, medicina nuclear con Iodo¹²³ o Iodo¹³¹ para búsqueda de tejido tiroideo ectópico, con Tecnecio⁹⁹ para búsqueda de mucosa gástrica en duplicaciones intestinales, uso de metaiodobenzilguanidina para el diagnóstico de neuroblastoma; en niños suele ser útil la realización de ultrasonido cervical y torácico inclusive con biopsia con aguja fina; sin embargo, ello puede condicionar limitantes para el diagnóstico y el riesgo de sangrado^{2,4,5}. El tratamiento habitual consiste en cirugía a excepción de los tumorales germinales y linfáticos, a realizarse vía abordaje cervical y external, mediastinoscopia o videotoracoscopia^{4,5}.

El timo es un órgano linfoide central, correspondiente a mediastino anterior, en el que las células madre de la médula ósea se diferencian en linfocitos T maduros, con tendencia a degenerar alrededor de los 2 años de edad; cuando persiste puede crecer o malignizarse siendo de las 2 maneras funcional, de ahí la asociación de la hiperplasia (70%) y timomas (15%) con la miastenia gravis al ser los

linfocitos T intolerantes a los anticuerpos antiacetilcolina⁶. El timo puede ser un sitio de metástasis de cáncer de pulmón, mama o tiroides. El timoma es un tumor de baja frecuencia y de comportamiento incierto, corresponde al 26-50% de los tumores mediastinales y el 82% de los tumores del timo^{4,6,7}; su diagnóstico es generalmente incidental a través de una radiografía de tórax y una tomografía axial computada para determinar la localización y extensión del tumor^{5,6}. En cuanto a la clasificación de los timomas, aunque no existe una clasificación estándar, el propuesto por Masaoka et al.³ es el que se utiliza habitualmente. Dicha clasificación los divide en 4 categorías de acuerdo al grado de infiltración tumoral en: *I, cápsula íntegra; II, invasión de la cápsula; III, con infiltración macroscópica a órganos vecinos; IVa y IVb, con diseminación a pleura o pericardio y metástasis linfáticas o hematógenas a distancia, respectivamente.* Y la clasificación de la OMS con: *epitelial A, mixto AB, linfocítico B1, fusiforme B2 y carcinoma tímico C*^{4,6,7}. El carcinoma tímico es la neoplasia de mayor malignidad del timo, cuya sintomatología tiende a presentarse de forma más temprana y agresiva con dolor, pérdida de peso, síndrome de vena cava superior, disnea por derrame pericárdico y compresión de la vía aérea; es muy poco frecuente, y presenta atipia de sus células que no se parecen a las originales del timo; representa alrededor del 5% de los tumores mediastinales en adultos y aproximadamente el 1-2% de los tumores mediastinales en niños^{1,2,4,7-9}. La piedra angular del tratamiento de los tumores de timo consiste en la resección quirúrgica^{4-6,9,10} sea con esternotomía, cervicoesternotomía alta, toracotomía, videotoracoscopia, mediastinoscopia, y lo ideal es la resección quirúrgica completa; en casos contrarios se debe complementar el manejo con radioterapia y/o quimioterapia de acuerdo al tipo de tumoración, invasión y extensión^{4,6-10}. Las complicaciones de la cirugía pueden ser neumonías, hemotórax, neumotórax, dehiscencia de esternotomía, mediastinitis, osteomielitis¹⁰ y en menor frecuencia quilotórax, parálisis diafragmática, disfonía y crisis miasténica.

Caso clínico

El caso corresponde a una femenina de 4 años de edad, producto de la segunda gesta, embarazo normoevolutivo, obtenida por parto eutócico a las 39 semanas, APGAR 8/9; 3,100 g al nacer, desarrollo normal, fue enviada a la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4283154>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4283154>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)