

## Quistes tímicos \*

Dres. E. ANAVITARTE, L. FILGUEIRA y D. MENDOZA

### HISTORIA

L. R. E., 34 años. Registro Nº 190.284 (Hospital de Clínicas).

Desde hace ocho años, dolor tipo puntada, fijo, en región interescapular, sin irradiaciones, de mediana intensidad, intermitente, no vinculado a la tos. Se estudia con radiografía de tórax comprobándose imagen redondeada en mediastino anterior. Se le diagnostica "aortitis".

Cutirreacción y baciloscopia negativas. Desde hace un año nota exacerbación de su dolor interescapular, que además se hace continuo, por lo cual es enviado. Resto del interrogatorio negativo. El examen del paciente no revela particularidades.

**Radiología** (1º-VIII-1963): Radiografía de tórax (frente y perfil): engrosamiento del mediastino a izquierda, con imagen opacificada en forma asiforme, topografiada en el enfoque frontal sobre y por fuera del cayado aórtico y sobre el hilio pulmonar izquierdo, con límite externo curvilíneo, que en el enfoque lateral se topografía en el lóbulo ánterosuperior izquierdo por encima y delante del hilio correspondiente.

**Tomografía** (13-VIII-1963): La tumoración se encuentra ubicada en el mediastino anterior y toma contacto con la pared posterior del esternón; es inseparable de la porción ascendente de la aorta.

**Tomografía mediastinal perfil** (13-IX-1963): El tomograma de perfil muestra una imagen ovoidea, bien delimitada en su parte superior, anterior y pósteroinferior; tomando contacto con los elementos vasculares en el ángulo entre la aorta y la pulmonar. El aspecto radiográfico parece corresponder a una tumoración y no a una formación vascular.

Vista a radioscopia televisada, se comprobó que la tumoración presentaba latidos transmitidos, pero que no tenía expansión, por lo cual se descarta su naturaleza vascular.

Los otros exámenes de laboratorio son normales.

**Operación** (11-IX-1963).— Toracotomía ánterolateral izquierda con resección de 5ª costilla. Pleura y pulmón normales. En mediastino anterior se encuentra una tumoración quística ubicada por delante y a la izquierda del origen de la pulmonar y aorta. Se corta la

pleura mediastínica. Se procede a la liberación de la tumoración que se efectúa con gran facilidad, dado que no existen adherencias a las estructuras vecinas. Se extrae la tumoración. Cierre parcial de la pleura mediastínica. Drenaje de tórax.

**Anatomía patológica** (Dr. Mendoza).— **Macroscópica**: Tumoración quística, colapsada por haberse evacuado su contenido hemático, que tiene 5 cm. de diámetro, pared esclerosada.

**Microscópica**: Quiste cuya pared tiene una fibrosis muy marcada y en cuya constitución se distinguen: a) en superficie interna, en algunas zonas epitelio columnar muy típico, en otras zonas hay depósito de fibrina, focos de pigmentos de hemosiderina y granulomas por cristales de ácidos grasos y colesterol; b) en la pared cúmulos linfoides, algunos con células epiteliales queratinizadas; y en otras zonas, cavidades con revestimiento epitelial cilíndrico.

**Postoperatorio**.— Sin incidentes. El 30-V-1964 lo controlamos nuevamente, clínica y radiológicamente normal.

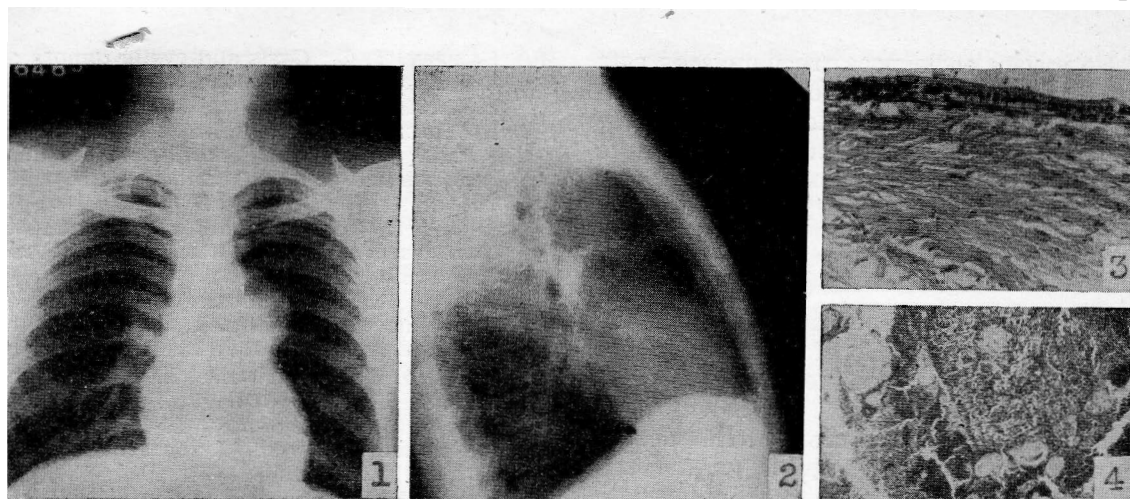
### COMENTARIO

Luego de estudiar la bibliografía respectiva, hemos llegado a la conclusión de que los quistes verdaderos de timo, como el presentado, son extremadamente raros. Del punto de vista clínico no se puede llegar al diagnóstico exacto, dado que es imposible diferenciarlos de los otros tumores de mediastino anterior, en especial de los demás tumores del timo (pseudoquiste y timomas sólidos) y de los tumores dermoides; aunque estos últimos en raros casos pueden ser despistados clínicamente por la vómita de material sebáceo y faneras, y radiológicamente por la imagen de un diente o de un hueso.

Del punto de vista anatomopatológico, para englobar un tumor dentro de los quistes de timo, debe presentar las siguientes características: macroscópicamente debe ser redondeado, fácilmente enucleable y presentar al corte, cavidades quísticas (únicas o múltiples) conteniendo una sustancia amorfa clara o hemorrágica. Microscópi-

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A", Prof. A. Chifflet.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 12 de agosto de 1964.



camente, las cavidades quísticas que son irregulares, están revestidas parcial o totalmente por un epitelio columnar (lo más frecuente) aunque puede ser ciliado. En la pared existen acúmulos linfoides con corpúsculos de Hassal incluidos.

Del punto de vista patogénico deben ser considerados como quistes desarrollados a partir de restos de la 3ª bolsa branquial, destinados a la formación del timo, lo cual se certifica por el tipo de epitelio de recubrimiento, por las pequeñas cavidades incluidas en la pared del quiste y tapizadas con epitelio cilíndrico y por los acúmulos linfoides con corpúsculos de Hassal incluidos. Para algunos autores son malformaciones originadas por transformación quística de los corpúsculos de Hassal.

Subrayamos que no se debe confundir la imagen pseudoquística que pueden mostrar los tumores sólidos cuando presentan extensas zonas de necrosis con un quiste verdadero del timo.

Le Roux, en su trabajo de quistes y tumores del timo, estudia 17 casos. De ellos, sólo 4 eran quistes, 7 eran tumores sólidos benignos y 6 malignos. Hace notar además, la frecuencia de la obstrucción de la vena cava, sobre todo en los de evolución maligna.

Willis, en un estudio de 4 quistes, dice que a veces es difícil de separar una hiperplasia de un tumor quístico o no. En los quistes encuentra epitelio columnar o ciliado y corpúsculos de Hassal.

En la *Enciclopedia de Cirugía Torácica* (Derra) cita varios orígenes de los quistes tímicos, pero sitúa en primer lugar la persistencia de los canales embrionarios.

Grandhomene fue el primero en denominar a todos los quistes tímicos en timomas. Actualmente no existe una unanimidad de criterios en cuanto a clasificación.

Arrauda estudió en Brasil 31 casos de tumores de mediastino anterior. Relata que 12 eran tumores de timo; dentro de ellos y sin dar números, dice que los quistes tímicos son muy raros, que la mayoría de los que aparentan ser quistes, son en realidad cavidades pseudoquísticas por necrosis.

Coury dice que si el contenido de las cavidades quísticas es hemorrágico hay que presumir malignidad.

Hodge recalca también la dificultad en diferenciar los tumores malignos de los benignos y de la hiperplasia, y dice que dentro de los quistes los malignos tienen una incidencia del 43%.

Anderson llama al quiste producido por persistencia del conducto embrionario "absceso de Dubois" y dice que es frecuente encontrarlo asociado con sífilis congénita, hecho por otra parte que mencionan otros autores.

Piovano y Carlota, en nuestro medio, estudiaron los tumores del timo y dividen los tumores malignos en: 1) linfosarcoma; 2) carcinoma; 3) linfoepitelioma; 4) carcinoma de tipo granulomatoso. No obstante, apenas mencionan los quistes del timo.

## SUMARIO

Con motivo de la observación de un caso de quiste tímico, se hace una breve reseña de sus elementos clínicos, radiológicos e histopatológicos.

Se insiste en la poca frecuencia de esta afección, se sintetiza su posible origen embriológico y se exponen los elementos necesarios para hacer diagnóstico de quiste verdadero de timo.

## RÉSUMÉ

A la suite de l'observation d'un cas de kyste thymique, un bref résumé de ses éléments cliniques, radiologiques et histopathologiques est fait.

On insiste sur le nombre réduit de cas de cette maladie; une possible origine embryologique est synthétisée et on expose les éléments nécessaires pour diagnostiquer un cas de vrai kyste thymique.

## SUMMARY

Since a case of thymic cyst has been observed, its clinic, radiologic and histopathologic elements are briefly summarized.

The small number of cases of this disease is emphasized; a possible embryologic origin is synthesized and the necessary elements to perform a diagnosis of the case of true thymic cyst are exposed.

## BIBLIOGRAFIA

1. ADAMS, H. D.: Tumors of the mediastinum. *Surg. Clin. N. Amer.*, Philadelphia, 18: 629, 1938.
2. ARRUDA, R. M. DE; TSUZUKY, S. y otros: Tumores do mediastino. *Rev. Ass. Méd. Brasil.*, 9: 14, 1963.
3. BRADFORD, M. L. y MAHON, H. W.: Mediastinal cysts and tumors. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 85: 467, 1947.
4. COURY, C. y PAILLAS, J.: Les thymomes malins. *Poumon Coeur*, Paris, 18: 461, 1962.
5. DE ALI, J. A.; GENE, A. R. y otros: Tumores del mediastino. *Prensa Méd. Argent.*, 47: 947, 1960.
6. DERRA, E.: *Handbuch der Thorax Chirurgie*. Düsseldorf, 1958.
7. GERNEZ-RIEUX, C.; VOISIN, C. y otros: Tumeurs et pseudo-tumeurs graisseuses du médiastin antérieur. *J. Franç. Méd. Chir. Thorac.*, 14: 459, 1960.
8. HAAGENSEN, C. y STOUT, A. P.: *Diseases of the breast*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1956.
9. HINSHAW, H. C. y GARLAND, H.: *Enfermedades del tórax*. México, Interamericana, 1957.

10. LAIPPLY, T. C.: Cysts and cystic tumors of the mediastinum. *Arch. Path.*, Chicago, 39: 153, 1945.
11. LE ROUX, B. T.: A clinical appraisal of thymic lesions and anterior mediastinal lymphomata. *Thorax*, London, 16: 156, 1961.
12. - - - -: Cysts and tumors of the mediastinum. *Surg. Gynec. Obstet.*, Chicago, 115: 695, 1962.
13. MORAM, R. M. y WALCZAK, P. M.: Case of thymoma with metastasis. *Bull. Fillmore Hosp.*, Bufalo, 10: 115, 1963.
14. PIOVANO, C. D.: Timomas. *El Tórax*, Montevideo, 36: 191, 1954.
15. RINGERTZ, N. y LIDHOLM, S. O.: Mediastinal tumors and cysts. *J. thorac. Surg.*, St. Louis, 31: 458, 1956.
16. RUBIN, E. H.: *Diseases of the chest; with emphasis on X-ray diagnosis*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1950.
17. SABISTON, D. C. y SCOTT, H. W.: Primary neoplasms and cysts of the mediastinum. *Ann. Surg.*, Philadelphia, 136: 777, 1952.
18. SEYBOLD, W. D.; McDONALD, J. R. y otros: Tumors of the thymus. *J. thorac. Surg.*, St. Louis, 20: 195, 1950.
19. VAEREMBERG, C.: Mediastinale tumoren. *Scalpel*, Bruxelles, 115: 1107, 1962.
20. WILLIS, R. A.: *Pathology of tumors*. London, Butterworths, 1960.

## DISCUSION

*Dr. Armand Ugón:* En el caso que acaban de presentar los comunicantes, muy bien estudiado por cierto, tal vez cabría otra interpretación: podría tratarse de un quiste broncogéno simple asentando en el mediastino anterior sobre los restos del timo, y, digo esto, porque es raro que los quistes tímicos tengan un epitelio cilíndrico como se proyectó en la microfotografía. Además, es muy raro que en el tejido fibroso de la cáscara de envoltura, existan glándulas submucosas, como se ven en la perforación. Son dos hechos que llaman la atención porque no es lo frecuente en los quistes tímicos. En los quistes tímicos que nosotros hemos tenido oportunidad de operar y de ver, nunca hemos comprobado ningún epitelio cilíndrico, por eso yo me permito sugerir que podría tratarse de un quiste broncogéno asentando en la zona del mediastino anterior, donde están los restos tímicos, en su periferia.

*Dr. Yannicelli:* Se trata de la localización de la patología tumoral, rara en el timo. En el niño es conocida la hiperplasia, que, desde luego, no se confunde con un tumor. Pero tenemos un caso de tumor benigno de timo, tumor voluminoso, en una niña de 4 ó 5 años, que también pudo ser extirpado y que llamó la atención la gran tolerancia, es decir, que nunca llegó a dar un síndrome mediastinal clínico. Lo traeremos en una próxima sesión para ir formando casuística de casos similares.

*Dr. Anavitarte:* Al Dr. Yannicelli le diré que con mucho interés veremos el caso a que se refiere. Al Dr. Armand Ugón le expresamos que tuvimos las mayores dudas. El anatomopatólogo nos convenció, no sólo con el estudio de la pieza, sino que con las contribuciones bibliográficas, *que esto era un quiste tímico.*

Los quistes tímicos están revestidos de epitelio cilíndrico y tienen glándulas. La causa de que tengan epitelio cilíndrico y tengan glándulas, no dependen de que sean del timo, dependen de que tienen el mismo origen que el timo. Es decir, a la vez que son quistes tímicos, son originarios en la tercer hendidura branquial. De manera que no es de extrañar de que pue-

dan tener epitelio. Y además, lo que certifica el origen tímico, es la existencia de los timocitos con los corpúsculos de Hassal. Por eso el anatomopatólogo basa el diagnóstico en que la pared del quiste está constituida no sólo por fibrosis, con un revestimiento epitelial, sino que el contenido de la pared son timocitos con corpúsculos de Hassal y en eso se basa. Esta pieza fue muy discutida en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas y los anatomopatólogos llegaron a la conclusión de que era un quiste tímico, por eso nosotros lo hemos presentado con esta denominación.