

Hiperplasia tímica que simula masa pericárdica

E. Guadalupe Corella Aznar⁽¹⁾, A. Ayerza Casas⁽¹⁾, D. Palanca Arias⁽¹⁾, M. López Ramón⁽²⁾, L. Jiménez Montañés⁽¹⁾

⁽¹⁾ Unidad de Cardiología Pediátrica. Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

⁽²⁾ Unidad de Cardiología. Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2020; 50: 129-132]

RESUMEN

Antecedentes: El hallazgo de un ensanchamiento mediastínico secundario a cardiomegalia precisa estudios complementarios para establecer la etiología y descartar una patología potencialmente importante. **Descripción del caso clínico:** Se presenta el caso de una lactante de 20 meses con cardiomegalia asintomática hallada en un estudio radiológico casual. La ecocardiografía mostró la presencia de una masa extracardiaca (pericárdica) como la causante de la cardiomegalia radiológica. Dicha masa mediastínica correspondió a un timo prominente homogéneo de gran extensión cráneo-caudal, sugestivo de hiperplasia tímica en el estudio por resonancia magnética. **Conclusiones:** A pesar de que el timo suele presentarse en radiografía con unos hallazgos típicos («forma de vela») que permiten diferenciarlo de otras entidades, su engrosamiento puede simular una cardiomegalia o una masa mediastínica, incluso un tumor o una neumonía. Por ello, es preciso valorar si se amplía el estudio mediante el empleo de otras técnicas de imagen.

PALABRAS CLAVE

Cardiomegalia, mediastino, pericardio, timo.

Thymic enlargement mimicking a pericardial mass

ABSTRACT

Background: Mediastinal widening due to cardiomegaly requires complementary studies to guide the etiology and distinguish a benign condition from other malignant diseases. **Clinical-case report:** A 20 month-old infant presented cardiomegaly on casual chest X-ray examination. Echocardiography showed an extracardiac mass (pericardial mass) as the cause of the radiological cardiomegaly. This mediastinal mass agreed with an homogeneous enlargement of the thymus with a large craniocaudal extension, corresponding with a benign hyperplastic thymus in magnetic resonance imaging. **Conclusions:** Despite the thymus is seen as a triangular sail (thymic sail sign) in X-ray exams, its enlargement could simulate a mediastinal mass or a cardiomegaly, even a tumor or pulmonary disorders (pneumonia). Therefore, additional imaging studies should be performed.

KEYWORDS

Cardiomegaly, mediastinum, pericardium, thymus.

Correspondencia: Elena Guadalupe Corella Aznar
Jacinto Benavente 1, casa 9, 5.º B, 50006 Zaragoza (España)
Teléfono: 625 01 26 02
elena_corella88@hotmail.com
Recibido: julio de 2019. Aceptado: octubre de 2019

INTRODUCCIÓN

Los tumores mediastínicos en niños son poco frecuentes. Su forma de presentación depende de la edad del paciente y el tipo de tumor, siendo con frecuencia asintomáticos y diagnosticados a partir de un ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax, realizada al consultar por otra patología^(1,2). Pero según su localización y tamaño podrían ocasionar síntomas derivados de la compresión de estructuras nerviosas, como disfonía o espasmo glótico al comprimir el nervio laríngeo recurrente, parálisis diafragmática por irritación y parálisis frénica o síndrome de Claude Bernard-Horner cuando hay compresión de ganglios y nervios simpáticos.

Ante el hallazgo radiológico de un ensanchamiento mediastínico se plantea un amplio diagnóstico diferencial que engloba una gran variedad de entidades (anomalías cardíacas congénitas, patología pericárdica, lesiones vasculares, infecciones o presencia de masas/tumores mediastínicos, entre otras); por ello, en estos casos debemos ampliar el estudio para descartar una patología potencialmente grave.

Existen varias clasificaciones anatómicas para dividir el mediastino. La clasificación radiológica de Felson lo divide en tres compartimentos^(1,3): anterior (localizado entre el estemón y el pericardio; aunque es pequeño en el adulto, es relativamente grande durante los primeros meses de vida debido a que la porción inferior del timo se extiende en esta región), posterior (limitado por el pericardio posterior y los cuerpos vertebrales) y medio (situado entre ambos compartimentos, contiene el corazón). El crecimiento del mediastino medio en radiografía de tórax secundario a cardiomegalia es uno de los hallazgos más frecuentes en pediatría⁽⁴⁾. Hablamos de cardiomegalia cuando el índice cardior torácico es mayor del 50% o 55% en menores de 2 años⁽¹⁾. Su diagnóstico obliga a descartar patología cardíaca en primer lugar y, más raramente, presencia de masas mediastínicas.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 20 meses remitida a consulta de Cardiología Infantil por diagnóstico casual de cardiomegalia en un control radiológico realizado en el contexto de un cuadro infeccioso (figura 1). Clínicamente la paciente se encuentra asintomática, sin historia de procesos respiratorios intercurrentes ni síntomas de compresión mediastínica. La exploración física no presenta hallazgos. En la radiografía de tórax se objetiva un aumento de la silueta cardíaca que parece ser a expensas de

la aurícula derecha (figura 1). Con el fin de determinar la naturaleza de dichos hallazgos, se realiza ecocardiografía transtorácica, donde se confirma la normalidad estructural intracardíaca, y se pone de manifiesto una masa homogénea a nivel de cara anterior que parece situada entre las dos hojas pericárdicas (figura 2). Ante la sospecha de un tumor pericárdico (rabdomioma o fibroma), se realiza una resonancia magnética (RM) cardíaca que confirma la presencia de una masa extracardíaca adherida íntimamente al pericardio fibroso (figura 3) que se corresponde con una hiperplasia tímica de gran extensión, sin signos de malignidad ni compresión de estructuras adyacentes.

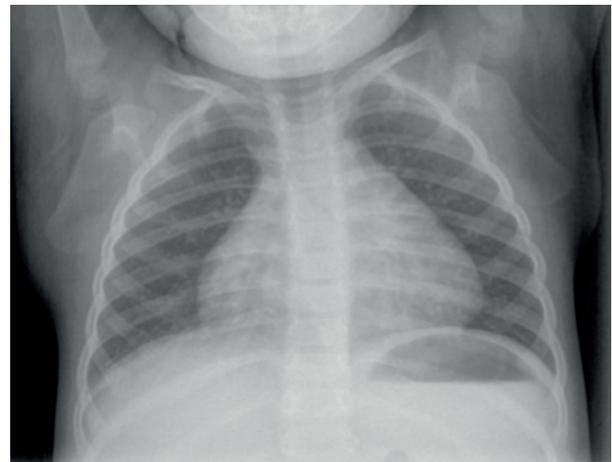


Figura 1. Radiografía de tórax (proyección antero-posterior): cardiomegalia a expensas de crecimiento auricular derecho; índice cardior torácico: 58%.

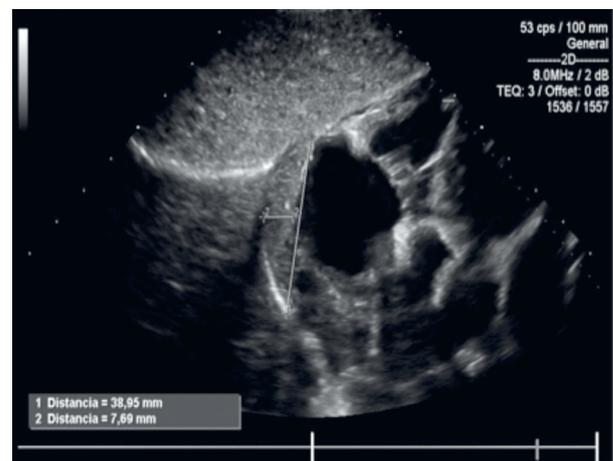


Figura 2. Ecocardiografía transtorácica: eje subcostal largo que muestra una masa de ecogenicidad homogénea, adyacente a la aurícula derecha, lenticular, de unos 30 x 8 mm, que no genera obstrucción hemodinámica.

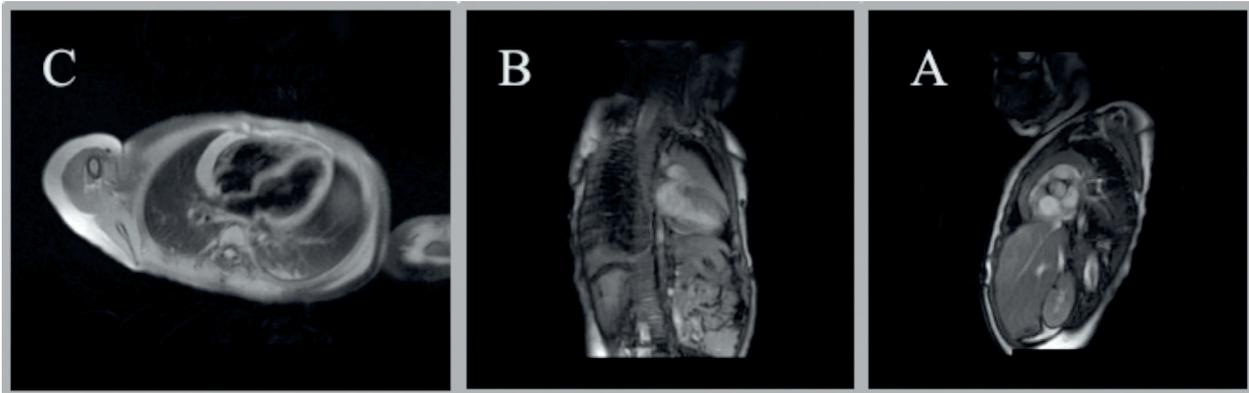


Figura 3. Resonancia cardíaca con contraste. (A) Plano transversal. (B) Plano coronal. (C) Plano sagital. Timo prominente homogéneo, hiperintenso en T2, con realce tardío con gadolinio, que se extiende por la cara anterior del corazón hasta la aurícula derecha y hacia la pared lateral del ventrículo izquierdo, sin compresión de los grandes vasos ni de la vía aérea.

Dada la naturaleza benigna de los hallazgos obtenidos y la ausencia de síntomas en la paciente, no se realizaron otros estudios complementarios. Los hallazgos obtenidos se mantuvieron estables durante la evolución. A los 3 años, la masa tímica no presentó cambios estructurales y ni en su tamaño, a pesar de presentar un volumen proporcionalmente menor con respecto al crecimiento de las estructuras adyacentes, según los datos ecográficos.

DISCUSIÓN

El timo es un órgano bilobulado situado en el mediastino antero-superior, detrás del esternón, por delante de los grandes vasos. Su función está ligada al proceso de inmunidad, es el órgano donde maduran los linfocitos T, encargados de la respuesta inmune celular⁽³⁾. La variabilidad fisiológica del tamaño y la forma del timo hace que sea difícil establecer un límite entre lo que se considera un timo normal y un timo agrandado. Sin embargo, el hallazgo radiológico de esta glándula pasados los 2 años de edad, o una extensión cráneo-caudal tan significativa como en el caso descrito, se considera un timo excesivamente grande para la edad del paciente, también denominado hiperplasia tímica⁽⁵⁾. En la mayoría de los casos se trata de una variante de la normalidad, en la que existe un aumento en el tamaño y peso de la glándula que afecta tanto a la corteza como a la médula, conservando su arquitectura microscópica. De forma extraordinaria esta entidad puede ser secundaria a otros cuadros como quimioterapia, radioterapia, tratamiento corticoideo, infección o hipertiroidismo. En estos casos, el timo vuelve a su tamaño original después de cesar el factor desencadenante.

La hiperplasia tímica simple es generalmente asintomática, siendo diagnosticada como un hallazgo radiográfico al consultar por otras patologías, mientras que la presencia de síntomas compresivos, como tos, disnea, disfagia, etc., orientan hacia otros procesos de origen: infeccioso (neumonía, adenopatía tuberculosa) o tumoral (linfoma)⁽⁵⁾. Los datos clínicos y una imagen típica en forma de vela de barco suelen resolver el diagnóstico diferencial entre una masa mediastínica y el timo fisiológico. Sin embargo, ensanchamientos mediastínicos de extensión atípica y/o forma inusual, como el que presenta nuestra paciente, pueden precisar pruebas diagnósticas complementarias para descartar otras entidades. Dentro de las pruebas complementarias, la ecografía es de gran utilidad para descartar una patología cardíaca y pericárdica, siendo la tomografía axial y la RM las pruebas radiológicas de elección para determinar la naturaleza y la localización exacta de una masa mediastínica^(1,2,5). En caso de sospecha de malignidad de la masa puede estar indicada la biopsia de la misma.

La hiperplasia tímica simple presenta una evolución benigna, pudiendo permanecer estable durante años o tender hacia una involución lenta y progresiva antes de llegar a la adolescencia; en algunos casos puede persistir hasta la edad adulta de forma asintomática. No precisa ningún tratamiento, por lo que la actitud ante dichos hallazgos debe ser expectante. Si existen síntomas compresivos, se puede realizar tratamiento con antiinflamatorios a dosis altas (corticosteroides), para favorecer la reducción de su tamaño. Sin embargo, es probable la presencia de recidivas tras su retirada. Solo en casos muy específicos estará indicada la cirugía para su extirpación.

Como conclusión, el ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax debe alertar a todo pediatra. La falta de involución tímica suele presentarse con unos hallazgos típicos que permiten diferenciarlos de otras entidades; sin embargo, la presencia de síntomas en el paciente, el diagnóstico en edad avanzada o la presencia de hallazgos radiológicos atípicos (como la cardiomegalia) hacen necesaria la realización de estudios complementarios para establecer un diagnóstico correcto y preciso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singh AK, Sargar K, Restrepo CS. Pediatric mediastinal tumors and tumor-like lesions. *Seminars in Ultrasound, CT and MRI*. 2016; 37(3): 223-37.
2. Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sánchez G, Bernado L. A diagnostic approach to the mediastinal masses. *Insights Imaging*. 2013; 4: 29-52.
3. Carter BW, Tomiyama N, Bhora FY, et al. A modern definition of mediastinal compartments. *J Thorac Oncol*. 2014; 9: S99-S103.
4. Anterior mediastinal mass: A guide for radiologists. *Jr Thor Oncol*. 2014. 9: 9 (2): S110-S118.
5. Nishino M, Ashiku SK, Kocher ON, et al. The thymus: a comprehensive review. *Radiographics*. 2006; 26: 335-48.
6. Manson DE. Magnetic resonance imaging of the mediastinum, chest wall and pleura in children. *Pediatric Radiology*. 2016; 46 (6): 902-15.