Taponamiento cardiaco de origen inflamatorio como primera manifestación de timoma

Cardiac tamponade of inflammatory origin as first manifestation of timoma

Señor Editor,

Los tumores tímicos son infrecuentes, suponiendo 0,2-1,5% de todas las neoplasias malignas. La mayoría son timomas (incidencia: 0,15 casos/100.000 habitantes) y, dado que 90% afectan al mediastino anterior, constituyen así los tumores más frecuentes en dicha localización.

Presentamos el caso de una mujer de 74 años, hipertensa y sin otros antecedentes patológicos de interés, que consultó a urgencias por disnea de esfuerzo y edemas en piernas progresivos y de semanas de evolución. Al examen físico destacaba: TA 150/60 mmHg, afebril, con ingurgitación yugular, auscultación cardiopulmonar anodina, y edemas en piernas. En exámenes de laboratorio resaltó una anemia ligera. El electrocardiograma mostraba bajos voltajes generalizados y, radiológicamente, era evidente una cardiomegalia. Una ecocardiografía evidenció un derrame pericárdico (DP) difuso y severo (38 mm de espesor) con colapso de aurícula derecha, variaciones respiratorias de flujos y dilatación, con disminución del colapso inspiratorio, de la vena cava inferior; diagnosticándose de taponamiento cardíaco ecocardiográfico. La paciente ingresó para estudio iniciándose, empíricamente, tratamiento antiinflamatorio con ácido acetilsalicílico 3 g/ día y colchicina 0,5 mg cada 12 h. El estudio analítico (parámetros bioquímicos, hemograma, niveles hormonales, serologías, marcadores tumorales y estudio de inmunidad) objetivó la existencia de anemia normocítica y normocrómica con hemoglobina de 9,3 g/dl y perfil de proceso crónico, nivel de factor reumatoide (FR) elevado (128 UI/ml) y título de anticuerpos antinucleares-ANA de 1/2.560 con patrón moteado nucleolar con anticuerpos antiADN y anti ENA negativos, β2-microblobulina de 11,75 mg/l y una velocidad de sedimentación globular de 21 mm. Mediante tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal (Figura 1) se detectó la presencia de una masa en mediastino anterior de 4 0x 30 x 24 mm de diámetros, así como diversas adenopatías regionales inespecíficas y un DP severo, estableciéndose la sospecha diagnóstica de timoma. El PET-TC (Figura 2) confirmó la existencia de una masa mediastínica anterior, hipermetabólica, de características malignas pero que no invadía estructuras adyacentes, así como de un DP normometabólico y de una artritis de hombro bilateral.

Por todo ello, se indicó la exéresis electiva del tumor; vía toracotomía, se realizó tumorectomía completa y

una ventana pericárdica seguida de drenaje pleural. El estudio histológico del pericardio mostró un infiltrado linfoplasmocitario perivascular, y el del tumor, de 40 x 40 x 20 mm, que estaba parcialmente encapsulado y presentaba abundantes linfocitos y células epiteliales, sin atipias, pero con crecimiento transcapsular microscópico e invasión de la grasa y restos tímicos periféricos. El conjunto de hallazgos clínicos, de pruebas de imagen y anatomopatológicos, llevó al diagnóstico final de Timoma mixto (medular y cortical) tipo AB de la OMS, estadio IIa de Masaoka, que debutaba con derrame pericárdico severo y taponamiento cardíaco secundarios a pericarditis inflamatoria, la cual presentaba diversos datos de autoinmunidad pero sin llegar a cumplir criterios de ninguna enfermedad autoinmune concreta. Tras la cirugía, la paciente presentó una buena evolución clínica y quedó asintomática.

En general, los timomas son tumores de escasa malignidad y con una mayor tendencia a la recidiva local que a la metástasis. Su malignidad, más que por su histología (que puede ser relativamente benigna), es debida a su capacidad invasiva y metastatizante, que puede hacerlos muy malignos clínicamente y condicionar tanto su respuesta al tratamiento como su pronóstico (recidivas). Histológicamente se clasifican en los tipos A, AB, B1, B2 y B3 de la OMS (considerándose aparte el tipo "C" o carcinoma tímico)1, y según su invasividad en los estadios I-IV de Masaoka². Mayoritariamente aparecen a los 40-60 años de edad, son asintomáticos y su hallazgo es casual, si bien hasta en 50% de los casos son ya infiltrantes (extracapsulares) al diagnóstico. La clínica más frecuente es de tos, dolor torácico y disnea, pero pueden dar lugar a diversos síndromes autoinmunes paraneoplásicos³ como la miastenia gravis (presente en 30-60% de los pacientes) o, muy raramente, el lupus eritematoso sistémico y la artritis reumatoide, entre otros. Con todo, es infrecuente que un tumor tímico, ya sea timoma o carcinoma tímico, presente o, más aún, debute clínicamente con un DP; en estos casos su origen es, mayoritáriamente, metastásico y sólo ocasionalmente cursa con taponamiento cardíaco. Así pues, resulta aún más excepcional que el DP sea de origen inflamatorio: de los tres casos reportados en la literatura⁴⁻⁶, dos se asociaron a un carcinoma tímico y uno a un timoma, todos cursaron con taponamiento cardíaco y en ninguno de ellos el derrame pericárdico, a pesar de su origen inflamatorio, se asoció a una enfermedad autoinmune paraneoplásica ni a ningún otro dato sugestivo de autoinmunidad.

En definitiva, el caso presentado es el primero reportado de un timoma con derrame pericárdico severo, e incluso taponamiento cardíaco como debut clínico, cuya naturaleza es inflamatoria y sugestiva de autoinmunidad paraneoplásica subyacente (serositis, ANA y FR elevados, y signos radiológicos de artritis de grandes articulaciones bilateral) si bien no cumple

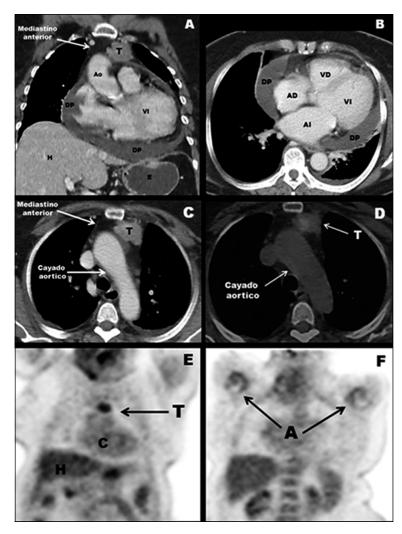


Figura 1. TC torácico corte coronal (panel A) y transversal (panel B) que muestra la existencia un tumor localizado en mediastino anterior (T) y de un derrame pericárdico severo (DP). PET-TC (paneles C-F) que muestra una masa hipermetabólica en medisatino anterior (T), un DP normometabólico y una artritis de hombro bilateral (A). A: artritis; AD: aurícula derecha; Al: aurícula izquierda; Ao: aorta ascendente; C: corazón; DP:derrame pericárdico; E: estómago; H: hígado; T: tumor; VD: ventrículo derecho; VI: ventrículo izquierdo.

criterios diagnósticos específicos de ninguna entidad autoinmune concreta.

Delicia I. Gentille Lorente¹, Merce Cardona Ribera²

¹Servicio de Cardiología. Hospital de Tortosa

"Verge de la Cinta". IISPV.

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de Tortosa

"Verge de la Cinta". IISPV.

Referencias

- Rosai J. Histological Typing of Tumours of the Thymus. New York, NY: Springer-Verlag, 2nd ed., 1999.
- Masaoka A, Monden Y, Nakahara K, Tanioka T. Follow-up study of thymomas with special reference to their clinical stages. Cancer 1981; 48: 2485-92.
- 3. Shelly S, Agmon-Levin N, Altman A, Shoenfeld Y. Thymoma

- and autoimmunity. Cell MolImmunol 2011; 8: 199-202.
- Lanna TV, Sadaniantz A. Benign thymoma presenting as symptomatic pericardial tamponade. J Am Soc Echocardiogr 1999; 12: 679-81.
- Shishido M, Yano K, Ichiki H, Yano M. Pericarditis as the initial manifestation of malignant thymoma. Disappearance of pericardial effusion with corticosteroid therapy. Chest 1994: 106: 313-4.
- Nishi T, Takamori S, Muta F, Yoshiyama K, Iwasaki Y, Shirouzu K. Nonmalignant pericardial effusion associated with thymic cancer. Gen Thorac Cardiovasc Surg 2010; 58: 239-42.

Correspondencia a: Delicia I. Gentille Lorente Servicio de Cardiología. Hospital de Tortosa "Verge de la Cinta". IISPV. C/ Esplanetes 14. CP 43500. Tortosa, Tarragona (España) dgentille.ebre.ics@gencat.cat