

Comunicación breve

Quiste tímico con contenido aéreo en un recién nacido

Dres. FERNANDO HEINEN*, ANA PEDRAZA** y JOSE MARIA CERIANI CERNADAS***

RESUMEN

Una niña recién nacida sana de 3.200 g y sin antecedentes perinatales patológicos presentó en una Rx de tórax una imagen quística insuflada en el mediastino anterior y superior. Luego de una TAC helicoidal con reconstrucción tridimensional, se plantearon varios diagnósticos diferenciales. La niña se mantuvo asintomática, en buen estado hemodinámico y alimentándose normalmente. Se adoptó una conducta expectante. A las dos semanas, la imagen observada se resolvió espontáneamente. Se trató de un quiste tímico insuflado que desplazaba el timo hacia el hemitórax izquierdo comprimiendo el pulmón homolateral. La niña permanece asintomática y sin ninguna imagen patológica en la Rx de tórax a los 15 meses de vida. Un caso similar fue publicado en la literatura.

Palabras clave: quiste tímico, neumomediastino, videotoracosopia.

SUMMARY

A healthy female term newborn weighing 3,200 gr, was normally delivered after an uneventful pregnancy. At her first day of life, an abnormal air-filled image was detected in the anterior mediastinum. This cyst crossed the midline towards the left hemithorax, where a solid mass seemed to compress the left lung.

A spiral CAT scan showed an unilocular air filled cyst located in the upper anterior mediastinum, immediately adjacent to and in continuity with the thymus, which was displaced and compressing the left lung. The 3-D computerized work up showed normal vascular and bronchial structures in both pulmonary hilia. The baby remained asymptomatic and thriving adequately by breast feeding, her respiratory rate, hemodynamic status and echocardiogram were normal. We decided neither to assume any further aggressive diagnostic procedure nor any surgical treatment. Six days later, a plain chest x-ray showed that the air filled cyst was no longer evident. The mediastinum appeared normal and both lungs were completely expanded. She remains healthy with normal chest x-rays in periodic control after 15 months of follow up. We assume an insuflated thymic cyst as the most likely diagnosis. A similar case had been previously reported by others.

Key words: thymic cyst, pneumomediastinum, video-assisted thoracoscopy.

Arch. argent. pediatr 2000; 98(3): 192

INTRODUCCION

Los quistes tímicos (QT) mediastinales son infrecuentes¹ y sólo han sido comunicados casos aislados de insuflación de un QT que aparece como una imagen aireada y compresiva en el mediastino anterior y superior.²

Los QT se deben a la persistencia de algún sector del tracto timofaríngeo embrionario. Pueden encontrarse más frecuentemente en el cuello, en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. En el tórax, pueden localizarse desde el mediastino

anterosuperior hasta el diafragma. Los QT tienen generalmente contenido líquido claro o serohemático¹ y no es frecuente que estén aireados.²

Presentamos un neonato con un tumor quístico en el mediastino anterior que motivó varios diagnósticos diferenciales y resultó ser un quiste tímico (QT) con contenido aéreo.

Presentación

Niña nacida a término luego de un embarazo y parto normales, con Apgar 10/10 y 3.200 g de peso, sin patología perinatal. Al primer día de vida se encontraba asintomática, con llanto muy enérgico y buena suficiencia respiratoria. En una Rx obtenida para descartar una displasia de cadera, se detectó en el tórax una imagen aérea anormal. En la Rx de tórax de frente y perfil (*Fotografías 1 y 2*) se observaba una imagen hiperaireada en el mediastino anterior por delante de la silueta cardíaca y en continuidad con el pulmón derecho. El hemitórax izquierdo parecía estar ocupado por una masa densa y no había desplaza-

* Div. Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano.

Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

** Clínica y Maternidad Suizo Argentina.

*** Div. Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Italiano.

Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Dr Fernando L. Heinen. Div. Cirugía Pediátrica. Hospital Italiano de Buenos Aires. Gascón 450. (1181) Ciudad de Buenos Aires.

miento del corazón. La entrada de aire era normal y simétrica, la saturación de O_2 por saturómetro de pulso y el ecocardiograma eran normales.

Se solicitó una TAC helicoidal de tórax (*Fotografía 3*) que mostró una imagen quística mediastinal anterior en directa continuidad con el timo, el cual estaba localizado en el hemitórax izquierdo, desplazando el pulmón homolateral hacia atrás. La imagen densa observada en la Rx simple (*Fotografía 1*), correspondía entonces al timo desplazado hacia el hemitórax izquierdo. Se obtuvo una reconstrucción tridimensional (*Fotografías 4 y 5*) que no mostró alteraciones vasculares ni bronquiales en el mediastino.

La niña permanecía en buen estado general y alimentándose con pecho materno, por lo que se mantuvo una conducta expectante. A los 7 días, un nuevo control radiográfico mostró la desaparición completa de la imagen quística (*Fotografías 6 y 7*).



FOTOGRAFÍA 1: Rx de tórax. Imagen aérea en mediastino anterior. Imagen densa en hemitórax izquierdo. El timo no se encuentra en su sitio. No hay desplazamiento cardíaco.



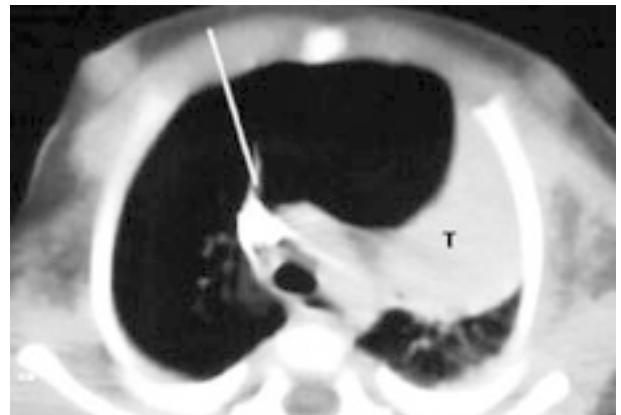
FOTOGRAFÍA 2: Rx de tórax (perfil): Imagen aérea en mediastino anterior.

Actualmente, a los 15 meses de vida continúa asintomática con crecimiento normal. Sucesivas Rx de tórax no mostraron patología alguna.

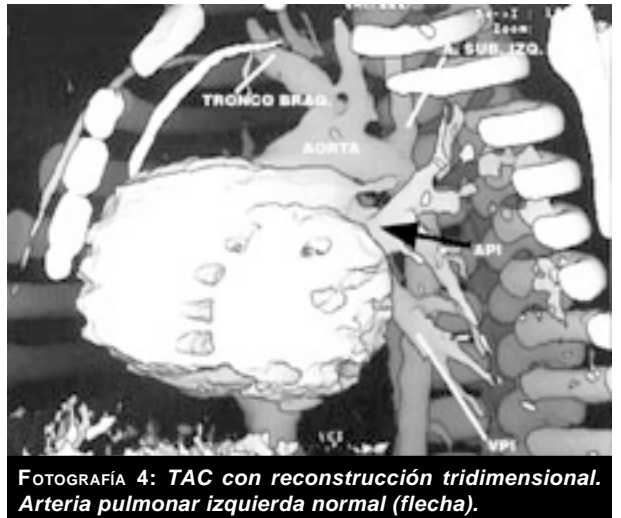
DISCUSION

El timo se origina de la tercera bolsa faríngea en la sexta semana de desarrollo embrionario y desciende al mediastino hacia la octava semana, siguiendo el tracto timofaríngeo que se extiende desde el nivel del hueso hioides hasta el mediastino anterior e inferior. Inicialmente, el timo es quístico y luego de la novena semana, es sólido.

Los quistes tímicos (QT) son muy raros en niños menores de 2 años y la edad de presentación más frecuente de los QT cervicales es alrededor de los 15 años.¹ Raramente producen síntomas compresivos o inflamatorios.¹ En su localización cervical, deben diferenciarse de los quistes originados en las hendiduras branquiales embrionarias, de los quistes del conducto tirogloso, de los linfangiomas quísticos o de los



FOTOGRAFÍA 3: TAC helicoidal. Imagen aérea que desplaza el timo (T) y comprime el pulmón izquierdo.



FOTOGRAFÍA 4: TAC con reconstrucción tridimensional. Arteria pulmonar izquierda normal (flecha).

quistes tiroideos. Cuando se localizan en la base del cuello o en el mediastino anterior, deben diferenciarse también de los teratomas y linfangiomas quísticos.

En esta paciente, se planteó inicialmente que la imagen aérea en el mediastino anterior, en continuidad con el pulmón derecho, correspondiera a un enfisema lobar congénito localizado en ese pulmón. Sin embargo, no existía la imagen característica de atelectasia homolateral ni se explicaba la imagen densa que ocupaba el hemitórax izquierdo. Se planteó también que se tratara de una malformación adenomatoidea macroquística tipo 1 o 2 de Stocker³ localizada en el lóbulo medio derecho e invadiendo el hemitórax izquierdo. La falta de desplazamiento mediastinal hacia la izquierda, la entrada de aire simétrica y la suficiencia respiratoria normal, contradecían este diagnóstico. Aunque la imagen mediastinal referida era indistinguible de un neumomediastino,² la

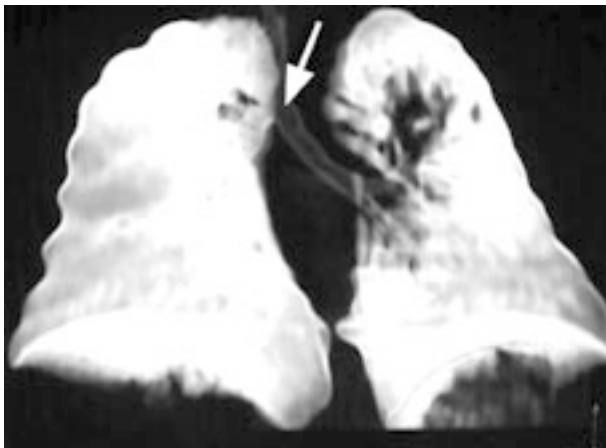
ausencia de dificultad respiratoria o de antecedentes perinatales compatibles hacían este diagnóstico poco probable.

Otro diagnóstico diferencial fue una hipoplasia del pulmón izquierdo, pero la TAC helicoidal mostraba el pulmón desplazado por una masa sólida (*Fotografía 3*) y la reconstrucción digital tridimensional mostraba una arteria pulmonar izquierda normal (*Fotografía 4*) y un bronquio fuente izquierdo también normal (*Fotografía 5*).

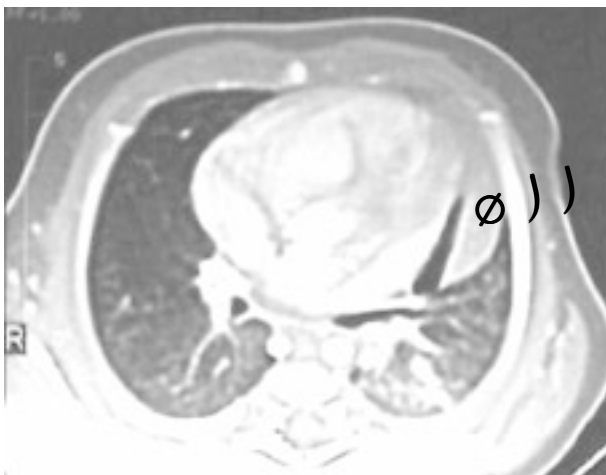
La falta de calcificaciones o de un componente sólido hacían poco probable que la estructura quística mediastinal fuera un teratoma.⁴ Se pensó también en un linfangioma mediastinal pero la imagen que ocupaba el mediastino era aérea (no líquida) y unilocular y no microquística o multilocular como en los linfangiomas. El quiste aireado mostraba continuidad con el timo desplazado hacia el hemitórax izquierdo, por delante del pulmón homolateral (*Fotografía 3*). La decisión de tomar una conducta expectante se basó en la ausencia total de síntomas y en la desaparición en una semana de la imagen quística observada que coincidió con el regreso de la silueta tímica a su sitio normal (*Fotografías 6 y 7*).

La evolución asintomática luego de 15 meses y la desaparición de la imagen descrita en los controles radiológicos sucesivos permiten suponer que se trató de una insuflación de un quiste tímico localizado entre la cápsula y el parénquima del timo. El llanto enérgico pudo haber favorecido esta insuflación, como ha sido descrito en un caso similar de un quiste tímico neonatal insuflado que simuló un neumomediastino.²

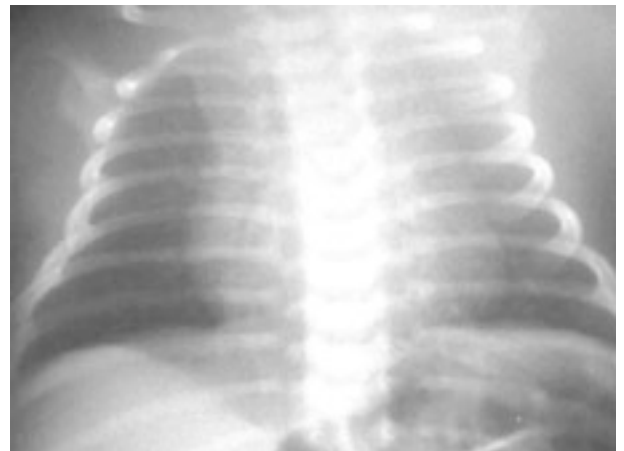
La mayoría de los pacientes con quistes tímicos publicados han sido operados por presentar compresión del mediastino y de la vía aérea.^{1,5} La



FOTOGRAFÍA 5: TAC con reconstrucción tridimensional. Áreas pulmonares normales. Bronquio izquierdo normal (flecha).



FOTOGRAFÍA 6: TAC helicoidal: progresiva disminución de la imagen quística (flecha).



FOTOGRAFÍA 7: Rx de tórax a las 2 semanas. No muestra alteraciones. El timo se encuentra en su sitio. La niña permaneció asintomática.

videotoroscopia es hoy utilizada para procedimientos quirúrgicos mediastinales como el tratamiento del ductus arteriosus persistente en lactantes pequeños^{6,7} y el tratamiento de quistes mediastinales de variado origen, aun en niños de 1 mes de edad,⁸ por lo que este abordaje también hubiera sido una alternativa para un quiste de origen tímico.

BIBLIOGRAFIA

1. Hendrickson M, Azarow K, Ein S, Shandling B, Thorner P, Daneman A. Congenital thymic cyst in children. Mostly misdiagnosed. *J Pediatr Surg* 1998; 33:821-5.
2. Raila FA, McKerchar B. Thymic cysts simulating loculated pneumomediastinum in the newborn. *Br J Radiol* 1977; 50:286-7.
3. Stocker JT, Madewell JE, Drake RM. Congenital cystic adenomatoid malformation of the lung: classification and morphologic spectrum. *Hum Pathol* 1977; 8:155-71.
4. Fulcher AS, Proto AV, Jolles H. Cystic teratoma of the mediastinum: demonstration of fat/fluid level. *AJR* 1990; 154:259-60.
5. Davis JW, Florendo FT. Symptomatic mediastinal thymic cysts. *Ann Thorac Surg* 1988; 46:693-94.
6. Burke RP, Wernovsky G. Thoracoscopic clipping of patent ductus arteriosus. *N Engl J Med* 1997; 336:185.
7. Laborde P, Foliguet T, Batisse A et al. Video-assisted thoracoscopic surgical interruption: The technique of choice for patent ductus arteriosus. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 110:1681-4.
8. Michel JL, Revillon Y, Montupet P, Sauvat F, Sarnacki S, Sayegh N, Fekete N. Thoracoscopic treatment of mediastinal cyst in children. *J Pediatr Surg* 1998; 33:1745-8.