

Servicio de Anatomía Patológica de
la Ciudad Sanitaria José Antonio
Primo de Rivera. Zaragoza.

QUISTE TIMICO EN MEDIASTINO ANTERIOR POR ANOMALIA Y PERSISTENCIA DEL CONDUCTO TIMOFARINGEO

J. Pac Sa *, G. García Julián **, A. Ferrer Dufol *** y J. Boldova Gil ****

Introducción

En el hombre, el timo se origina predominante a partir de la tercera hendidura branquial, aunque también contribuye una pequeña parte de la cuarta hendidura branquial¹. La tercera hendidura branquial se forma a partir del endodermo del intestino anterior y se pone en contacto con el ectodermo del correspondiente surco branquial².

La mayoría de las células epiteliales derivan del endodermo, aunque contribuye una pequeña parte del ectodermo³. Los linfocitos provienen del sistema hematopoyético de la sangre. En la edad adulta (a partir de los 16 años aproximadamente) el timo se ve sometido a un proceso progresivo de involución y, en la edad avanzada, el tejido fibroadiposo contiene bandas de timo, con escasos corpúsculos de Hassall⁴.

Algunos quistes tímicos van a desarrollarse debido a una anomalía y persistencia de estructuras que tienen su origen en las hendiduras branquiales citadas, así como el conducto timogástrico.

* Médico Adjunto de Anatomía Patológica.
** Jefe de Servicio de Anatomía Patológica.
*** Médico Residente de Anatomía Patológica.
**** Médico Adjunto de Medicina Interna.

Recibido el día 24 de octubre de 1979

Material y métodos

Historia clínica

Mujer de 70 años que, en el seno de una exploración rutinaria, presenta en estudio radiográfico una masa en mediastino anterior y en hemitórax izquierdo. El estado general es bueno y los análisis hematológicos normales.

Estudio radiográfico

Las placas radiográficas anteroposterior (Fig. 1) y lateral (Fig. 2) muestran una neoformación definida, de contornos lisos, que ocupa mediastino anterior y parte del medio, así como la casi totalidad del hemitórax izquierdo.

No aparecen atelectasias ni derrame pleural y la tumoración no comprime ni tráquea ni esófago.

Fig. 1. Placa radiográfica anteroposterior con masa en hemitórax izquierdo.

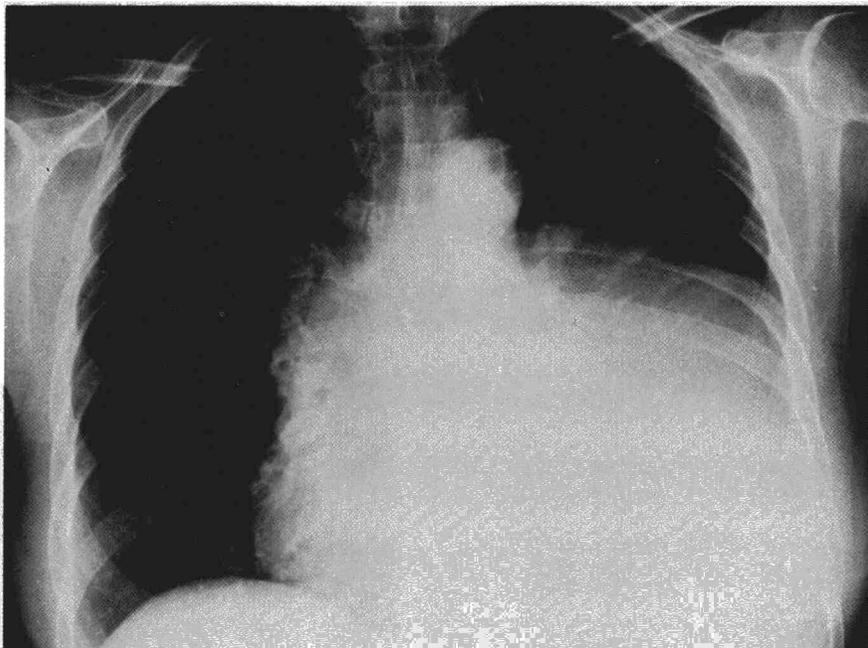




Fig. 2. Placa lateral con tumor que ocupa mediastino anterior y medio.

Debido a su buen estado general, se decidió realizar toracotomía y extirpación quirúrgica de la pieza.

Estudio anatomopatológico

a) Descripción macroscópica:

Pieza en parte membranosa e irregular y en parte globoide, de 10 por 6 por 5 cm., que deja ver una cavidad quística, de paredes lisas, parcialmente rellena de un líquido amarillento.

b) Descripción microscópica:

La pared del quiste muestra un tejido fibroadiposo con abundantes restos tímicos con evidentes corpúsculos de Hassall (fig. 3). Se halla revestido por un epitelio cuboideo, a veces aplanado, pero, en su mayor parte, de tipo columnar, con núcleos ovoideos y seriados, que recuerda al epitelio respiratorio, pero que no posee cilios (fig. 4). En el seno de este epitelio, aparecen botones de cel. caliciformes muco-secretoras (fig. 5).

c) Diagnóstico anatomopatológico:

Quiste tímico por anomalía y persistencia del conducto timofaríngeo.

Discusión y comentario final

La poca frecuencia del hallazgo clínico y patológico de un quiste tímico obliga a realizar un diagnóstico diferencial con otros quistes de mediastino anterior que, por su proximidad con el timo o por que lo abarcan en su crecimiento, se relacionan con el mismo. Debemos citar por su frecuencia⁵ los quistes celómicos, los bronquiogénicos y los quistes dermoides. Los timomas o los corpúsculos de Hassall degenerados pueden dar imágenes quísticas en mediastino anterior^{6,7}.

En nuestro caso, la asociación de epitelio de origen endodérmico con restos tímicos en la pared del quiste orienta el diagnóstico hacia un quiste del timo, como resultado de una anomalía en su desarrollo con posterior



Fig. 3. Pared del quiste tímico con abundantes restos tímicos con corpúsculos de Hassall (H.E. 20x).

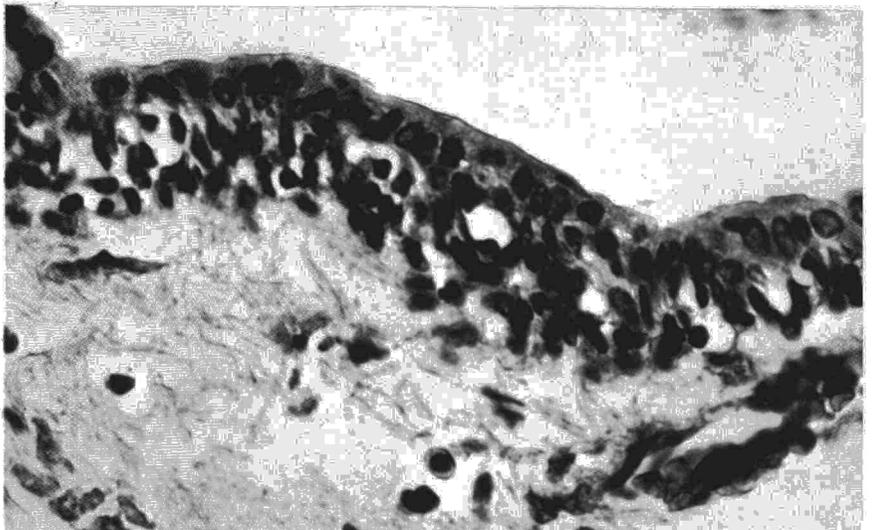


Fig. 4. Revestimiento columnar del quiste tímico que recuerda el epitelio respiratorio (H.E. 200x).

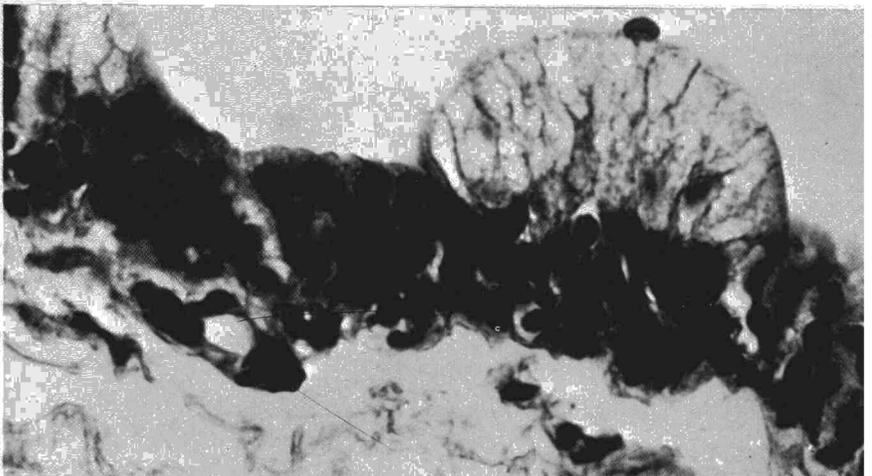


Fig. 5. Botones de células caliciformes en el epitelio que recubre el quiste tímico. 9H.E. 200x).



persistencia de estas estructuras. El epitelio de revestimiento del quiste, si bien no es muy definido, es columnar con núcleos multiseriados, aparentemente respiratorio pero sin cilios. Llama la atención la existencia de botones de células mucinosas, hallazgo no referido en la bibliografía consultada.

Resumen

Se estudia una formación quística en región alta de Mediastino anterior, en una mujer de 70 años de edad, asintomática. El estudio microscópico, una vez operada la paciente, demuestra que

se trata de un quiste tímico, por anomalía y persistencia del conductor timofaríngeo.

Summary

THYMIC CYST IN ANTERIOR MEDIASTINUM DUE TO ANOMALY AND PERSISTENCE OF THE THYMOPHARINGEAL DUCT

A cystic neoplasm in the high portion of the anterior mediastinum, in a 70 years old woman, without clinical sings, is reported. The microscopical study revealed a thymic cyst, due to the Tymus-pharíngeal's duct persistence.

BIBLIOGRAFIA

1. GRAY, S. W. y SKANDALAKIS, J.: Embriology for Surgeons. The Embriological basis for the tratement of congenital Defects, pp. 15-61. Philadelphia, W. B. Saunders Co., 1972.
2. MOORE, M. y OWEN, J.: Experimental studies on the development of the thymus. *J. Exp. Med.*, 126: 28, 1967.
3. GOLDSTEIN, G. y MacKAY, I.: El timo. Ed. Cientif. Med. Barcelona, 1972.
4. HAMMAR, J. A.: Zur histogenese und involution der thymusdruse. *Anat. Anz. (Jena)*, 27: 27, 1905.
5. KRISTIN, H.: The thymus gland. *Systemic Pathology*. Ed. W. StC. Symmers. 2.^a Ed. 2: 919, 1978.
6. CASTELMAN, B.: Tumors of the thymus gland. *Atlas of tumor Pathology*. sec. 5, fasc. 19. Washington, D. C. (1955).
7. BIERGER, R. C. y McADAMS, A. J.: Thymic cysts. *Arch. Pathol.*, 82: 535, 1966.