



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-124 - CARCINOMA TÍMICO: PRESENTACIÓN INUSUAL TRAS HEMITIROIDECTOMÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

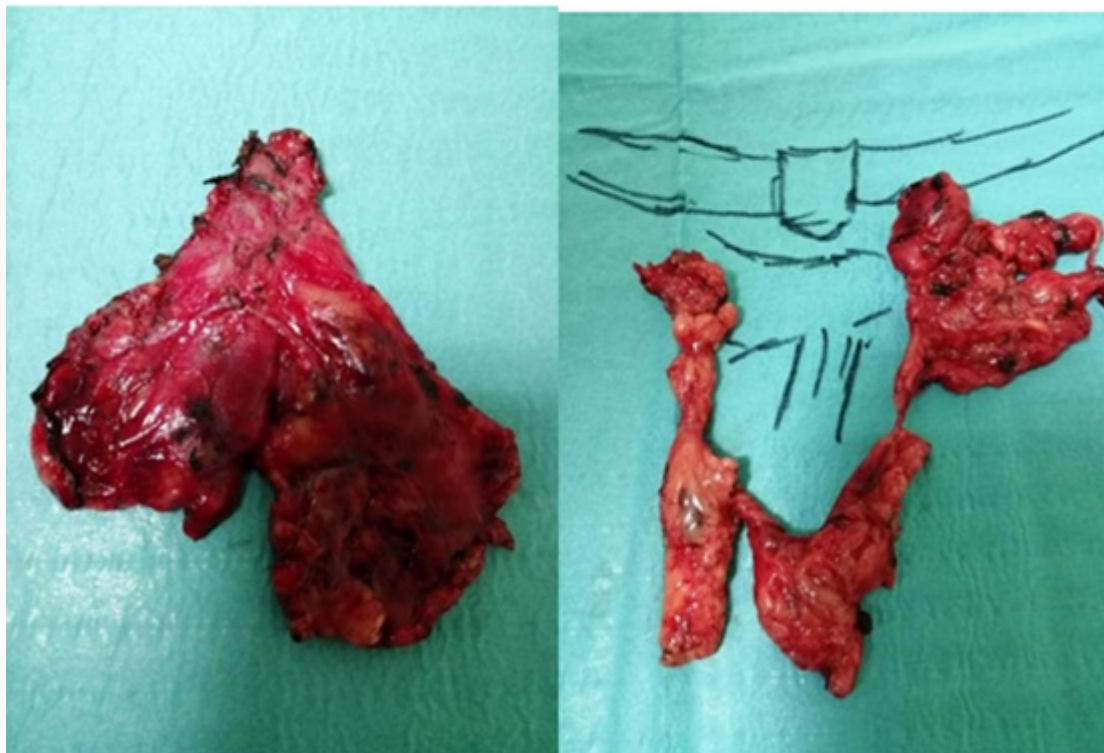
López González-Salido, Marta; Cañones Martos, María Luisa; Morales García, Dieter; Soler Humanes, Rocío; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: El carcinoma tímico es un tumor epitelial raro y agresivo del mediastino anterior, con una incidencia estimada entre 0,07 y 0,38 por cada 100.000 personas al año. Su diagnóstico suele hacerse en etapas avanzadas y a menudo provoca síntomas por compresión de estructuras próximas. La tomografía computarizada (TC) es esencial para su evaluación inicial y estadificación, siendo los sistemas más empleados el TNM y el Masaoka-Koga. La resección quirúrgica completa (R0) es el pilar del tratamiento, complementada en muchos casos con radioterapia adyuvante. En etapas avanzadas también se emplea quimioterapia y, recientemente, ha cobrado relevancia la inmunoterapia dirigida a ciertas dianas moleculares. Se presenta un caso de un varón de 45 años con diagnóstico de carcinoma tímico tras una hemitiroidectomía.

Caso clínico: Varón de 45 años, sin antecedentes de interés, que consulta por disfonía. Durante el estudio se diagnosticó un nódulo en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo con punción con aguja fina (PAAF) compatible con Bethesda III y parálisis recurrencial asociada. Con dicho diagnóstico se intervino de hemitiroidectomía izquierda y el resultado de anatomía patológica definitivo fue compatible con carcinoma escamoso tímico. Posteriormente se completó estudio con PET-TC que confirmó persistencia tumoral en la glándula tímica, por lo que se presentó en comité multidisciplinar y se decidió tiroidectomía total con exéresis de adenopatías. Ante hallazgos compatibles con un estadio TNM: T1, N1, M0 (Masaoka-Koga IVB) se decidió radioterapia adyuvante.



Discusión: El carcinoma tímico, aunque poco frecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de masas mediastínicas anteriores. Es la cuarta lesión solitaria más común en mediastino anterior tras timomas, quistes benignos y linfomas. Su incidencia es mayor en varones de mediana edad y se ha vinculado con ciertas enfermedades genéticas y exposición a radiación. Puede causar síntomas por compresión de estructuras vecinas como disnea, disfonía o síndrome de vena cava superior. La TC es el método diagnóstico inicial, pudiéndose completar con resonancia magnética o PET-FDG. La cirugía, especialmente con resección completa, mejora el pronóstico, pero la alta tasa de recurrencia hace esencial la radioterapia adyuvante en muchos casos. Las técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas han demostrado buenos resultados en recuperación. En casos irresecables o avanzados, el tratamiento sistémico con quimioterapia o inmunoterapia tiene un papel relevante, aunque aún se investigan las dianas terapéuticas más efectivas.