



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/666 - HALLAZGO DE MASA MEDIASTÍNICA Y ALGO MÁS...

G.E. Ayala Gonzales^a, S. Verdión Martín^b, T.G. Vasquez del Águila^b, A. Tejada Solana^c y M.T. Pérez Hernández^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tórtola. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 47 años, exfumadora, con antecedentes médicos: Pericarditis crónica recidivante, liquen plano oral y vulvar, BMN eutiroideo (PAAF negativa). Motivo de consulta: acude a su médico de atención primaria por presentar desde hace 8 meses, astenia, debilidad generalizada. Además hiporexia, disfagia intermitente a sólidos y ptosis palpebral derecha ocasional. Esporádicamente sensación de opresión torácica inespecífica. Se solicita analítica hallándose trombocitosis y radiografía de tórax con aparente ensanchamiento mediastínico anterior. Se realiza interconsultas a Hematología hallándose trombocitosis secundaria y gammapatía monoclonal kappa; Oftalmología y Medicina interna y solicitan más pruebas.

Exploración y pruebas complementarias: Se palpa masa cervical no dolorosa, a expensas de lóbulo tiroideo derecho. Ptosis palpebral derecha exacerbada con la postura. Resto sin alteraciones. Analítica: hemograma: Hb: 13,4 g/dl. Leucocitos: 13.470 (neutrófilos: 77,7%). Plaquetas: 644.000. Resto normal. Perfil inmunológico: Ac anti receptor acetilcolina 63,94 nmol/L. Anticuerpos: ANA positivos. Electrocardiograma: sin alteraciones. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastínico anterior. TC toracoabdominal: gran masa mediastínica anterior de 83 × 56 × 81 mm, heterogénea, con calcificaciones. Íntimo contacto con la raíz aórtica y pulmonar. Adenopatías mediastínicas multinivel. Electromiograma: miopatía, sin polineuropatía asociada. Interconsulta cirugía torácica: se realiza mediastinoscopia y biopsias de tumoración mediastínica. Estudio intraoperatorio sugestiva de timoma versus linfoma. Se descarta tumorectomía por infiltración de grandes vasos. Interconsulta neurología: inicia gammaglobulinas y corticoides. Anatomía patológica: compatible con timoma, probablemente de tipo B1 o B2.

Juicio clínico: Timoma B2, localmente avanzado, estadio IVa de la clasificación de Masaoka-koga (por infiltración de pericardio). Miastenia gravis generalizada.

Diagnóstico diferencial: Otros tumores mediastínicos anteriores: teratoma, linfoma, paratiroides.

Comentario final: El timoma representa el 30% de los tumores del mediastino anterior. Etiología indeterminada. Asintomáticos generalmente. Se diagnostica por radiografía de tórax y se confirma con TC torácica contrastada. Se asocia con miastenia gravis, artritis reumatoide, etc. El tratamiento es la timectomía, y cuando es irreseccable (estadio III/IV de Masaoka) radioterapia y quimioterapia (cisplatino, doxorubicina y ciclofosfamida).

Bibliografía

1. Welsh JS, Wilkins KB, Green R, et al. Association between thymoma and second neoplasms. JAMA. 2000;283:1142.

Palabras clave: *Timoma. Miastenia gravis. Tumor mediastínico.*