

Caso aislado

Quiste tímico cervical

M. Medina Pérez¹, G. García Ferris² y K. Abdul Moalla

¹FEA Anatomía Patológica; ²FEA Cirugía General, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.

SUMMARY

Background: Due to its rarity, cervical thymic cyst is seldom included in the differential diagnosis of a neck mass. Only about 90 cases have been published thus far. We report a new case of thymic cyst which mimicked a cervical cystic lymphangioma. *Patient and method:* An 11-year-old boy presented with a swelling on the right side of the neck. The swelling had appeared a few months before and progressively increased in size. The computed tomography and the fine needle aspiration cytology (FNAC) were disclosed of lymphangioma. The mass was removed. *Results:* The histological study showed a cystic mass, which contained thymic tissue, so a diagnosis of thymic cyst was made. *Conclusions:* Thymic cysts may be included in the differential diagnosis of a neck mass. **Rev Esp Patol 1997; 30(3): 218-222.**

Key words: Thymic cyst - FNAC - Lymphangioma - Branchial cyst

RESUMEN

Planteamiento: Aportamos un caso de quiste tímico cervical, una lesión raramente incluida en el diagnóstico diferencial de las masas quísticas del cuello y de la que se han publicado unos 90 casos. *Paciente y método:* Un paciente de 11 años acudió al hospital por tumoración cervical derecha de unos meses de evolución. Los estudios con tomografía computarizada y de citología por aspiración (PAAF) fueron concordantes con un linfangioma quístico, de manera que la masa fue extirpada. *Resultados:* El estudio anatomopatológico evidenció que se trataba de una masa quística, con restos de tejido tímico en sus paredes, por lo que el diagnóstico final fue de quiste tímico cervical. *Conclusiones:* Los quistes tímicos cervicales pueden simular linfangiomas, siendo necesario incluirlos en el diagnóstico diferencial de las masas quísticas del cuello. **Rev Esp Patol 1997; 30(3): 218-222.**

Palabras clave: Quiste tímico - PAAF - Linfangioma - Quiste branquial

INTRODUCCIÓN

Los quistes tímicos son lesiones benignas raras de las que se han publicado unos 90 casos, aproximadamente. El timo se origina a partir de la tercera bolsa branquial, en la sexta semana de vida intrauterina (excepcionalmente pueden originarse a partir de la cuarta) (1). Los primordios tímicos

descienden a lo largo de una línea trazada entre el ángulo mandibular y el mediastino, fundiéndose en la línea media hacia la semana 8, y alcanzando éste hacia la semana 12. Parece que las alteraciones de esta migración pueden dar lugar a la aparición de los quistes tímicos, que pueden contener no sólo tejido tímico sino también paratiroides (2). Habitualmente se presentan en niños, y son asintomáticos.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La historia clínica corresponde a un paciente de 11 años de edad que acudió al hospital por presentar una tumoración indolora en el lado derecho del cuello, de unos meses de evolución, que había aparecido espontáneamente y crecido de forma paulatina. Se palpaba como una masa blanda de unos 4 a 5 cm, junto al borde anterior del músculo esternocleidomastoideo. La radiografía de tórax y la analítica de rutina eran normales. Se realizaron ecografía y TAC cervicales (Fig. 1), así como una citología por punción aspiración con aguja fina (PAAF). Tanto las técnicas de imagen como la citología se interpretaron como concordantes con linfangioma quístico cervical. Varios meses más tarde la lesión se resecó.

Mediante PAAF se obtuvieron 14 ml de líquido turbio. A partir de él se realizaron extensiones después de centrifugar, e, igualmente, utilizando filtros de membrana de policarbonato, con poros de 5 μ . Los extendidos teñidos con tinción de Papanicolaou eran ricos en acúmulos de macrófagos, *detritus* celulares y algunas células escamosas (Fig. 2).

Macroscópicamente, la pieza correspondía a una masa blanda de 6,5 \times 3,5 \times 3 cm, que al corte mostraba una cavidad central rellena de un material denso, hemático. La pared era gruesa, con pequeños puntos amarillentos. Su forma era de huso.

Histológicamente, la superficie interna de la pared estaba tapizada por un epitelio que, en zonas, era escamoso

bajo, y, en otras, cúbico (Fig. 3). En muchos puntos se sustituía por inflamación xantogranulomatosa con cristales de colesterol. Esta reacción formaba también acúmulos inflamatorios desprendidos en la luz de la cavidad central, así como en el espesor de la pared. Quizá la característica más importante es la presencia de restos de tejido tímico, de forma abundante (Fig. 4). Eran frecuentes los focos hemorrágicos, depósito de hemosiderina. También era muy llamativa la presencia de inflamación asociada a corpúsculos de Hassall, muchos de los cuales estaban dilatados (Fig. 5).

Con todos estos datos se hizo el diagnóstico de quiste tímico cervical. El paciente continuó asintomático 6 meses después de la intervención.

DISCUSIÓN

El timo puede sufrir alteraciones o paradas en su descenso embriológico, lo que parece ser el mecanismo principal de los quistes tímicos. En teoría, las alteraciones se pueden producir en cualquier línea de descenso, incluido el mediastino, lo que hace que los quistes los podamos encontrar tanto en el cuello como en el mediastino. La lesión es rara, y, al menos en la literatura española, se han publicado pocos casos (3).

En 1938, Speer elaboró una teoría sobre los posibles orígenes de los quistes tímicos: restos embrionarios del

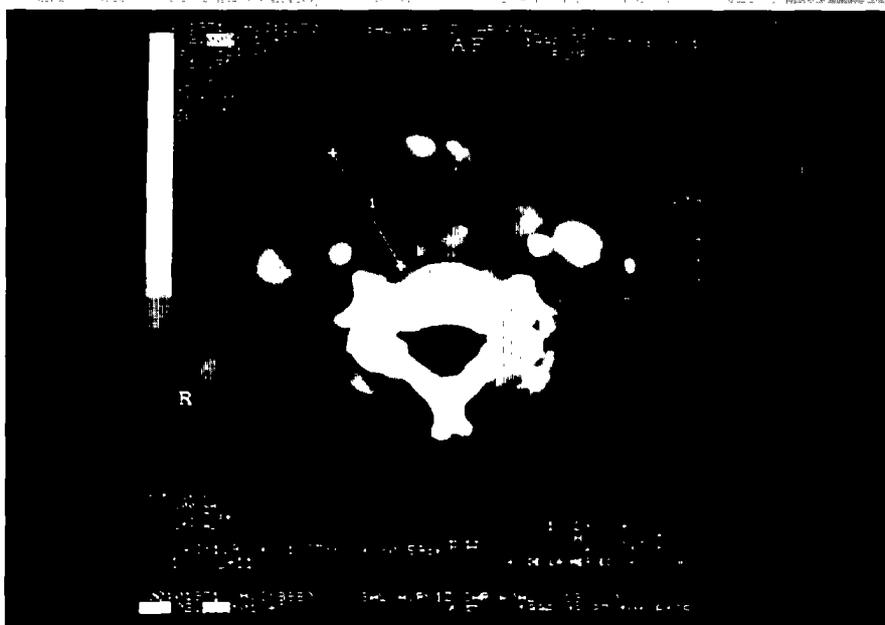


Figura 1. Tomografía computarizada del cuello. Obsérvese la tumoración en el lado derecho.

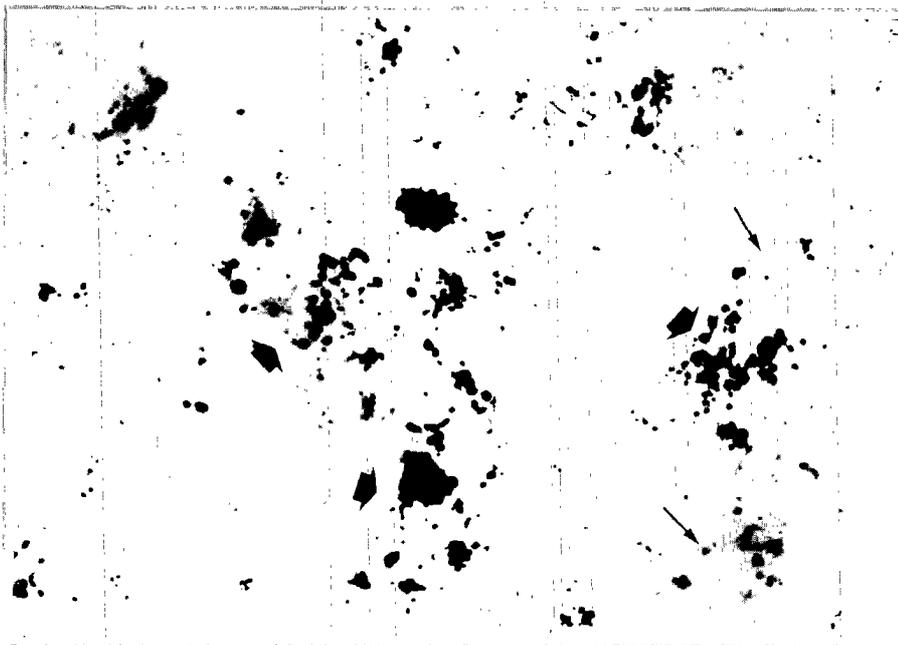


Figura 2. Acúmulo de células escamosas (flechas) con macrófagos (cabezas de flecha) (material de PAAF; original, Papanicolaou $\times 100$).

tracto timofaríngeo, hendiduras branquiales o túbulos tímicos; secuestro de productos resultantes de la involución del timo; degeneración de los corpúsculos de Hassall; parada en la maduración de elementos mesenquimales en diferentes estadios del desarrollo tímico, y, por último, cambios neoplásicos en el tejido linfoide o reticular del timo. Algunos auto-

res han clasificado a los quistes tímicos en congénitos y adquiridos (4).

En los quistes tímicos, el epitelio de revestimiento puede ser cúbico, columnar o escamoso. La pared contiene tejido tímico con corpúsculos de Hassall. Una abundante reacción granulomatosa a cristales de colesterol puede



Figura 3. Imagen histológica de la pared, donde se evidencia la reacción inflamatoria y cristales de colesterol en la luz. El epitelio de revestimiento es de tipo escamoso (flecha). Se identifica el tejido tímico (cabeza de flecha) (original, hematoxilina-eosina $\times 100$).

reemplazar parte del mismo, probablemente por traumatismos o por infección (5). Esta reacción granulomatosa es muy característica, y a nosotros nos llevó a sospechar el diagnóstico en la biopsia intraoperatoria, aunque no tuvimos la suerte de ver tejido tímico. En cambio, en la revisión del material de PAAF fuimos incapaces de encontrar datos positivos de un origen tímico, no identificando ninguna estructura reconocible como corpúsculo de Hassall. Realmente, el mejor diagnóstico posible con la citología era el de quiste branquial. De todas formas, en nuestra experiencia éstos suelen tener más células escamosas.

En cuanto a la histología, cabe resaltar que algunos autores han encontrado áreas de hiperplasia pseudoepiteliomatosa (6), aunque en nuestro caso no existían, y que también ha sido informada en casos de quistes tímicos mediastínicos (7).

Algunos autores han relacionado los quistes tímicos multiloculares mediastínicos con la infección por VIH (8).

El diagnóstico clínico diferencial preoperatorio se debe establecer con los quistes branquiales y los linfangiomas



Figura 4. Tejido tímico (original, hematoxilina-eosina $\times 100$).



Figura 5. Corpúsculo de Hassall dilatado (original, hematoxilina-eosina $\times 400$).

quísticos, que son las principales entidades con las que se confunden (5). Habitualmente, los quistes tímicos ocurren en la primera década de la vida, mientras que los branquiales suelen verse en la segunda o tercera. Los linfangiomas cervicales suelen presentarse en niños muy pequeños. También es necesario incluir a los tumores de glándulas salivales y a las metástasis de carcinomas. Los hallazgos citológicos procedentes de material de PAAF de todas estas lesiones pueden ser muy similares (células inflamatorias con mezcla de células escamosas y macrófagos). Éste es un problema que se vive, prácticamente, a diario.

Como es lógico, la exéresis quirúrgica constituye el tratamiento de elección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Miller, M.B., De Vito, M.A. *Cervical thymic cyst*. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 112(4): 586-588.

2. Shenoy, P.K. *Cervical thymic cyst -a case record.* J Laryngol Otol 1993; 107(10): 950-952.
3. Ruiz, F., Alonso, J., Fernández, A. y cols. *Quiste tímico cervical.* Acta Otorrinolaring Esp 1993; 44(4): 302-304.
4. Barat, M., Sciubba, J.J., Abramson, A.L. *Cervical thymic cyst: Case report and review of the literature.* Laryngoscope 1985; 95: 89-91.
5. Marra, S., Hotaling, A.J., Raslan, W. *Cervical thymic cyst.* Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 112(2): 338-340.
6. Michal, M., Havlicek, F. *Pseudo-epitheliomatous hyperplasia in thymic cysts.* Histopathology 1991; 19: 281-282.
7. Suster, S., Barbuto, D., Carlson, G., Rosai, J. *Multilocular thymic cysts with pseudoepitheliomatous hyperplasia.* Human Pathol 1991; 22(5): 455-460.
8. Mishalani, S.H., Lones, M.A., Said, J.W. *Multilocular thymic cyst. A novel thymic lesion associated with human immunodeficiency virus infection.* Arch Pathol Lab Med 1995; 119(5): 467-470.