

TIMOLIPOMA, UMA MASSA MEDIASTINAL GIGANTE: RELATO DE CASO

THYMOLIPOMA, A GIANT MEDIASTINAL MASS: A CASE REPORT

Fernando Luiz Westphal,*(Te Sbct), Luiz Carlos de Lima,* José Corrêa Lima Netto,** Michel de Araújo Tavares***
Ricardo Augusto Monteiro Cardoso****

Resumo

O timolipoma é um tumor benigno raro do timo, localizado no mediastino anterior e que, geralmente, cursa com quadro de tosse, dispneia e dor torácica, no entanto pode ser assintomático. Apresentamos um caso de um paciente com 37 anos, do sexo masculino, com uma massa mediastinal volumosa, descoberta incidentalmente por radiografia simples de tórax. A única queixa era sensação de entalo na garganta à noite. A ressonância nuclear magnética revelou uma lesão expansiva de densidade similar à de tecido adiposo no mediastino anterior com extensão para o terço médio e inferior do hemitorax direito. O paciente foi submetido a uma esternotomia, permitindo completa exérese da massa. O diagnóstico foi confirmado pelo exame histopatológico.

Palavras-chave: Timolipoma, mediastino, esternotomia.

Abstract

Thymolipoma is a rare benign tumor of the thymus, located in the anterior mediastinum and that usually attends with coughing, dyspnea and thoracic pain, however, may be asymptomatic. Case report of a 37 year-old male with a bulky mediastinal mass, which was incidentally discovered on chest radiography. The only complaint was throat compressed feeling at night. Magnetic resonance imaging revealed an expansive lesion with a fat tissue similar density in the anterior mediastinum extending to the middle and lower third of the right hemithorax. The patient underwent a sternotomy, allowing complete mass excision. The diagnosis was confirmed by histopathology.

Keywords: Thymolipoma, mediastinum, sternotomy.

Introdução

O timolipoma é uma rara neoplasia benigna do mediastino anterossuperior,^{1,2} composta de tecido tímico e tecido adiposo maduro, envolvidos por uma cápsula.³ No mundo inteiro, foram relatados menos de cem casos.⁴ Foi descrito pela primeira vez havia quase cem anos como lipoma do timo, por Langer (1916).^{2,3,5,6}

Passou a ser denominado timolipoma após proposta de Hall (1949).^{2,3,5,7} É responsável por 2-9% dos tumores de timo, pode acometer qualquer faixa etária e não há diferenças de incidência entre gêneros.^{3,8} Apresentamos o caso de um paciente com um tumor gigante, timolipoma, tratado por uma esternotomia longitudinal mediana completa.

*Cirurgião torácico, doutor em Medicina, Universidade Federal do Amazonas. Título de especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica.

** Cirurgião Torácico e Doutor em Bases Gerais da Cirurgia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

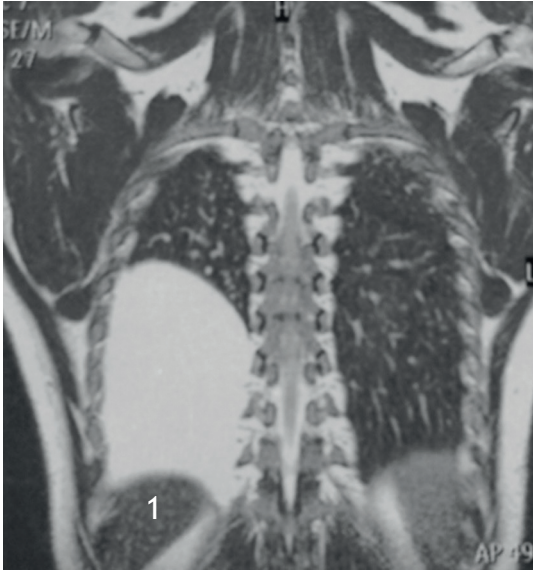
*** Médico radiologista da Universidade Federal do Amazonas.

**** Acadêmico de Medicina da Universidade Federal do Amazonas.

Relato do caso

Homem de 37 anos procurou serviço médico por apresentar sensação de compressão na região superior do tórax mais perceptível no período noturno, mas sem sintomas respiratórios. À radiografia de tórax observou-se uma opacidade ocupando o mediastino anterossuperior e a região

inferior do hemitórax direito. À ressonância nuclear magnética (RNM) evidenciou-se lesão expansiva nas porções inferior e terço médio mediastinal com hipersinal de contornos lobulados, mantendo íntima relação com a parede lateral do coração e o diafragma ao corte coronal (Figuras 1 e 2) e ao corte axial (Figura 3).



Figuras 1-2: Ressonância magnética na sequência ponderada em T2 no plano coronal.

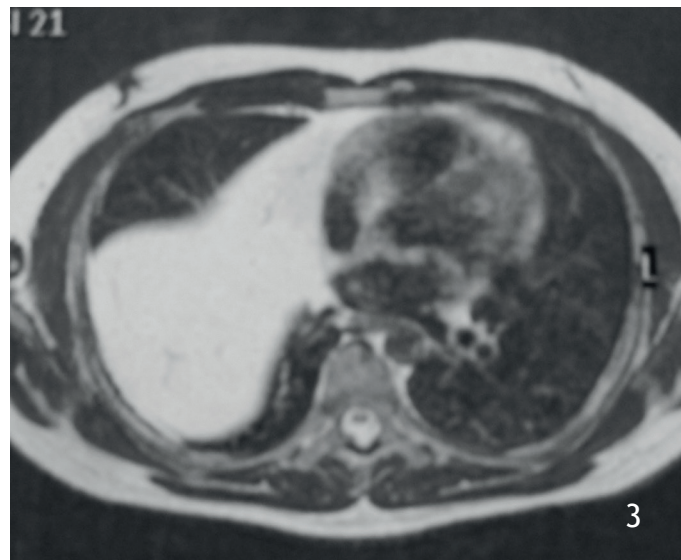


Figura 3: Ressonância magnética na sequência ponderada em T2 no plano axial.

A massa possuía áreas de tecido compatíveis com tecido adiposo, alternadas com de tecido de partes moles, tendo como consequência cobalamento do terço inferior do pulmão direito e compressão cardíaca. Apresentava diminuição quase total do murmúrio vesicular (MV) no terço inferior direito. O paciente foi submetido à esternotomia longitudinal

mediana completa com ressecção da massa mediastinal com extensão para o terço inferior do hemitórax direito (Figura 4). Evoluiu bem no pós-operatório, com alta no 5.º DPO. Na visita de controle pós-operatório o paciente relatou anisocoria à direita, consequente à provável manipulação do plexo simpático, na porção superior do hemitórax.

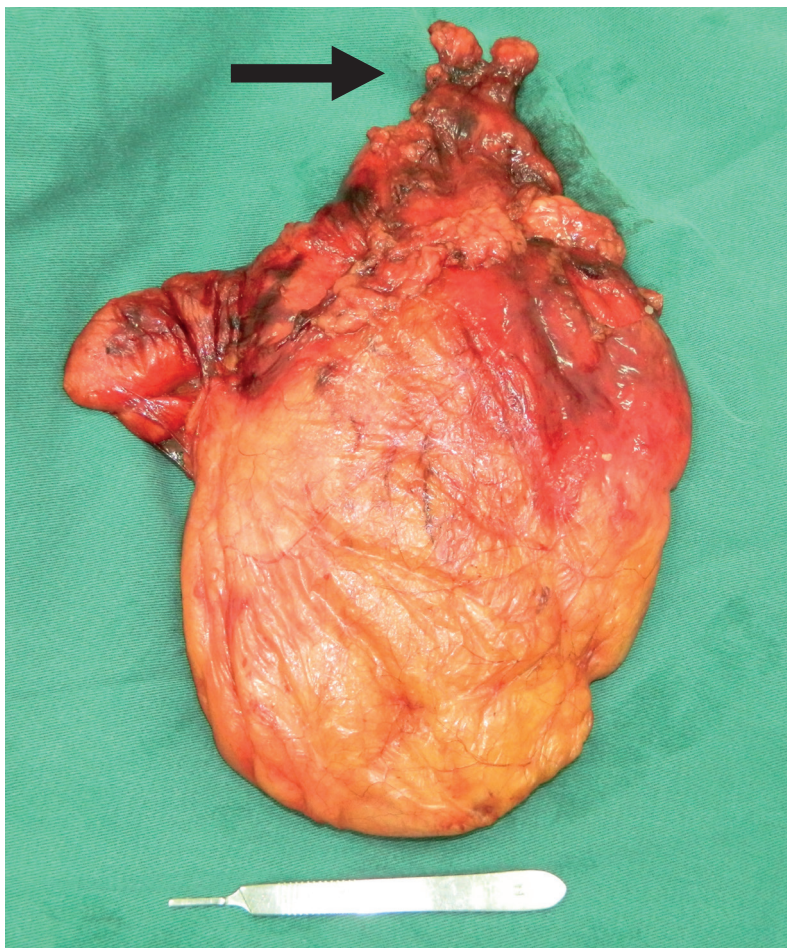


Figura 4: Timolipoma ressecado por esternotomia longitudinal mediana. Observam-se os cornos tímicos no ápice da lesão (seta).

Discussão

Em um indivíduo normal, o timo apresenta, ao nascer, 10 a 35 gramas e atinge seu peso máximo durante a puberdade, 20 a 50 gramas, sofrendo atrofia e substituição por tecido fibroadiposo após a puberdade. Atinge cerca de 5 gramas no idoso. A causa de formação do timolipoma ainda não é completamente conhecida. Existem várias teorias para explicar sua patogênese, a mais aceita diz que o tecido tímico é substituído por tecido lipídico maduro.^{3,9}

Seu crescimento é bem lento, fazendo com que o paciente não apresente sintomas por muitos anos, sendo diagnosticado incidentalmente,¹⁰ o que justifica o paciente do caso não ter apresentado sintomas, além da sensação de peso. O paciente só passa a apresentar sintomas se o tumor está suficientemente grande para comprimir alguma outra estrutura adjacente, desde vias aéreas a pulmões e coração.^{3,11}

As queixas do paciente podem ser vagas relacionadas à compressão como tosse, dispneia e desconforto torácico, ou a sinais

de invasão, como paralisia diafragmática (por acometimento do nervo frênico), rouquidão (por acometimento do nervo laríngeo recorrente), dispneia (relacionada a derrame pleural) e até síndrome da veia cava (dilatação das veias cervicais, edema de membros superiores, cianose e pletora facial, em função de obstrução da veia cava superior causando diminuição do seu fluxo).

Nos exames de imagem, a lesão apresentou características de gordura e foi realizado diagnóstico diferencial com outros tumores como lipossarcoma, lipoma, teratoma, timoma, carcinoma tímico, carcinoide tímico, cisto tímico, linfoma e o restante dos tumores de mediastino anterior.

Alguns desses tumores podem apresentar características radiológicas semelhantes ao timolipoma: alargamento mediastinal e velamento de grandes áreas pulmonares à radiografia simples de pulmão, lesão de baixa densidade à TC e de hipersinal em T1 e em T2 à RNM, compatíveis com tecido adiposo.¹²

Considerando seu caráter não invasivo, crescimento extremamente insidioso, localização em mediastino anterior, ausência de sinais e sintomas significantes, e imagem bastante sugestiva; nossa principal hipótese diagnóstica foi timolipoma. O diagnóstico foi confirmado após a cirurgia, por meio da histopatologia da peça cirúrgica, já que a biópsia é mandatária.³

À histopatologia, encontrou-se “ilhas” de tecido tímico escassas, envovidas por grande quantidade de tecido adiposo maduro, característico de timolipoma.

O único tratamento é a ressecção completa do tumor. O acesso cirúrgico depende de cada tumor e de cada paciente; nesse caso, por se tratar de um tumor muito extenso, descartou-se a abordagem toracoscópica.

Dentre as abordagens cirúrgicas, optou-se por uma esternotomia longitudinal mediana completa pela sua alta facilidade de dissecação do mediastino, ao invés da toracotomia

anterolateral direita (cujas indicações são ressecções pulmonares, esofagectomia total e lobectomias medianas) e toracotomia posterolateral direita (cujas indicações são ressecções pulmonares, algumas cirurgias mediastinais, esofágicas, diafragmáticas, de aorta e de terço distal da traqueia, brônquio fonte direito e raiz do brônquio fonte esquerdo). Em conclusão, os tumores mediastinais benignos podem acarretar sintomas compressivos que são tratados prontamente com ressecção cirúrgica como demonstrado no presente caso, salientando que a esternotomia longitudinal mediana é uma incisão adequada para ressecção de tumores volumosos de mediastino.

Referências

1. Sirpal YM, Chadha SK, Banarjee AK. Thymolipoma a rare mediastinal tumour-report of two cases and review of literature. *Indian J Cancer* 1995; 32(1): 23-6.
2. Vicuña CH et al. Timolipoma gigante assintomático na infância: relato de caso. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48(1): 107-11.
3. Mourad OMA, Andrade FM, Abrahão P, Monnerat A, Judice LF. Massa mediastinal gigante assintomática: um raro caso de timolipoma. *J Bras Pneumol*. 2009; 35(10): 1049-1052.
4. Abi Ghanem M, Habambo G, Bahous J, Chouairy C, Abul Khalil B. Large thymolipoma causing primary respiratory distress. *J Med Liban*. 2012; 60(2): 106-9.
5. Puntel VM, Vasconcelos LMF, Falcão P. Timolipoma simulando cardiomegalia. *Rev Col Bras Cirurgiões* 1999; 27(1): 52-3.
6. Lange L. Über ein lipom des thymus. *Zentralbl Allg Pathol*. 1916; 27: 97-101.
7. Hall GFM. A case of thymolipoma with observations on a possible relationship to intrathoracic lipomata. *Br J Surg*. 1948; 36: 321-4.
8. Moran CA, Rosado-de-Christenson M, Suster

5. Thymolipoma: clinicopathologic review of 33 cases. *Mod Pathol.* 1995; 8(7): 741-4.

9. Toyama T, Mizuno T, Masaoka A, Shibata K, Yamakawa Y, Niwa H et al. Pathogenesis of thymolipoma: report of three cases. *Surg Today* 1995; 25(1): 86-8.

10. Gamanagatti S, Sharma R, Hatimota P, Guleria R, Arvind S. Giant thymolipoma. *AJR Am J Roentgenol.* 2005; 185(1): 283-4.

11. Ceran S, Tulek B, Sunam G, Suerdem M. Respiratory failure caused by giant thymolipoma. *Ann Thorac Surg.* 2008; 86(2): 661-3.

12. Faerber EN, Balsara RK, Schidlow DV, Marmon LM, Zaeri N. Thymolipoma: computed tomographic appearances. *Pediatr Radiol.* 1990; 20(3): 196-7.