

¿Cuál es su diagnóstico?

Zein da dure diagnostikoa?

J.A Vilelabeitia Deusto

Ambulatorio/Centro de Salud de Algorta,
Bizkaia

Correspondencia: A. Vilelabeitia Deusto,
C/ Bidezabal s/n 48990 Algorta.

Lactante de 4 meses de edad. Embarazo y parto sin complicaciones. Nacido a término con un peso de 3.750 gr y 54 cm de talla; Apgar 9/10. Alimentación, pecho durante el primer mes, lactancia artificial posteriormente. Inmunizado con BCG y una dosis de DTP+polio+Hib.

Acude a la guardería desde el primer mes de vida y a partir de este momento inicia cuadros catarrales repetitivos de vías altas que con frecuencia se hacen descendentes cursando con rinorrea, tos intensa no productiva y broncoespasmo. Según expresión materna «está con tos, mocos y catarro desde hace 3 meses, sin quitar». Su pediatra habitual no concede importancia a los episodios descritos atribuyendo su reiteración a una consecuencia de la entrada del niño en la guardería; su actuación terapéutica se ha limitado al suero salino nasal y antitusígenos.

A la exploración, buen estado general, peso 7.350 gr y 69 cm de talla. Afebril. No adenopatías a ningún nivel. No se aprecia tiraje ni polipnea. Pulsos palpables. Auscultación cardiaca normal. Auscultación pulmonar con aceptable ventilación bilateral; estertores finos diseminados por ambos

hemitorax, sin focalidad, y sibilancias cambiantes con la tos. No organomegalias. Resto del examen normal. No se solicita inicialmente analítica.

Se practica una radiografía de torax (Fig. 1) que muestra un discreto infiltrado en el hilio derecho, moderada hiperinsuflación aérea bilateral y una bien definida imagen de opacidad en el mediastino superior izquierdo que borra parte de la silueta cardiaca y ocupa parte del lóbulo superior del pulmón. Como primera medida, se realiza una valoración radiológica complementaria.

¿Cuál es su diagnóstico?

HIPERPLASIA SIMPLE DE TIMO

Durante el curso de las inflamaciones bilaterales difusas de los bronquios, tales como en las bronquiolitis de los lactantes, la evolución puede verse complicada en ocasiones con atelectasias segmentarias o regionales -raramente globales- a menudo con ausencia de síntomas. En este paciente, los hallazgos exploratorios contrastaban con la imagen radiológica observada y su buen



Figura 1.

estado general, en vista de lo cual fue referido a la Sección de Radiología Infantil del Departamento de Pediatría, Hospital de Cruces-Baracaldo, donde se le practicaron radiografías de torax AP, Lateral y Oblicuas. El informe fue «imagen radiológica sugestiva de hipertrofia de timo izquierdo».

El timo es un órgano bilobulado compuesto principalmente de tejido linfóide. La mayor parte de la glándula se encuentra en el mediastino superior y el mediastino anterior contiene el resto, detrás del esternón y frente a la tráquea, grandes vasos y pericardio⁽¹⁾. En cualquier edad, ofrece variaciones considerables de forma y tamaño, especialmente en los primeros meses y años de vida, lo que dificulta el establecimiento de una norma precisa para fijar los límites de la normalidad y la existencia real de un timo agrandado⁽²⁾. Por otra parte, las sombras tímicas están siempre mezcladas con sombras superpuestas de otras estructuras mediastínicas -zonas blandas, partes óseas, vasos ...- y por este motivo la valoración radiológica es con frecuencia incierta resultando extraordinariamente dudosa⁽³⁾.

Las estructuras tímicas, en la mayoría de los casos, no dan problemas y solamente en pacientes con hiperplasia masiva puede ser motivo de distres respiratorio⁽⁴⁾. Es preciso un diagnóstico urgente que dife-

rencie una simple hiperplasia de otras lesiones torácicas de la zona que nos pueden confundir con otras patologías como tumores mediastínicos -teratomas, timomas, neoplasias de los ganglios linfáticos ...-, anomalías del arco aórtico, anomalías del retorno venoso ... etc; la simple hipertrofia tímica puede simular en ocasiones, por su morfología o intensidad, situaciones extremas como un verdadero tumor o una atelectasia.

En la actualidad, se admite básicamente el criterio de visibilidad radiológica para el diagnóstico de hiperplasia de timo⁽⁵⁾. Si la radiología simple no proporciona el diagnóstico definitivo, o bien surgen dudas razonables sobre su identidad, se puede recurrir a otros procedimientos radiológicos como la tomografía axial computarizada (TAC) o la resonancia magnética nuclear (RMN). El TAC actualmente debe considerarse como la exploración reina de las masas mediastínicas, ya que en general proporciona una información completa, justa y precisa, al mismo tiempo que detalla las características intrínsecas de sus estructuras⁽⁶⁾.

El niño fue dado de baja en la guardería y quedó al cuidado de su madre. No precisó de ningún tratamiento especial. En los siguientes meses padeció dos episodios de bronquitis disneizante leves y varicela, sin

complicaciones. Un control radiológico al cumplir el año de edad mostró una clara reducción de la imagen observada tanto en tamaño como en densidad.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a la Sección de Radiología Infantil (Hospital de Cruces-Baracaldo) su cooperación en la realización de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caffey J. *Diagnóstico radiológico en Pediatría*. Reimpresión de primera edición 1980 Salvat Editores Barcelona 1980; 443-456.
2. Claret J, Morales L. Patología del mediastino En: Cruz M *Tratado de Pediatría* ed. Barcelona 1994.
3. Deliner P. *Louis Pediatric Surgical Pathology* 2nd ed. William-Wilkins Baltimore London 1987; p. 242-244.
4. Lack EE. Thymic Hyperplasia with massive enlargement. *Journal of Thoracic Cardiovascular Surgery* 1981; **81**: 741-746.
5. Ravitch M Mark et al. *Pediatric Surgery* 3th ed. Year Book Medical Publishers, Inc 1979 Chicago-London 497-4999
6. Kobayashi T et al. Diagnostic Value of plain chest roentgenogram and CT scan findings in four cases of massive thymic hyperplasia. *Pediatr Radiol* 1986; **16**: 452-455.