

M. Melgosa Hijosa, J. Jiménez Martínez,  
I. Adrados Razola, C. de Juan Sánchez<sup>1</sup>,  
J.M. Jiménez Bustos

*An Esp Pediatr 1998;49:525-526.*

### Caso clínico

Paciente de 5 años de edad, con antecedentes de sinusitis y bronquitis espásticas de repetición, que consulta a su pediatra por tos. Quince días antes había sido diagnosticada de sinusitis y tratada con aerosolterapia con mejoría parcial de los síntomas. A la exploración, la niña tiene un buen estado general sin exantemas ni petequias. No se aprecian adenopatías significativas a ningún nivel. La auscultación pulmonar muestra crepitantes de burbuja fina en ambos hemitórax con ventilación conservada. El resto de la exploración es normal. Se inicia tratamiento antibiótico con claritromicina, siendo sustituida tres días después por cefixima por intolerancia digestiva. Al cuarto día de antibioterapia inicia febrícula que se va incrementando hasta alcanzar un máximo de 39,6°C al sexto día de evolución. En este momento, la auscultación pulmonar muestra hipoventilación bilateral con crepitantes generalizados que contrastan con el buen estado general y la ausencia de signos externos de dificultad respiratoria de la paciente. Se realiza Mantoux, que es negativo, un hemograma en el que destaca una marcada leucopenia (Hb: 13 g/dl, Hto: 38,9%, plaquetas: 276.000 mm<sup>3</sup>, leucocitos: 2.620 mm<sup>3</sup>, neutrófilos: 36%, linfocitos: 49%), y una radiografía de tórax en la que, junto a un infiltrado bilateral se aprecia una ima-

## Fiebre, tos y masa mediastínica



**Figura 1.**

gen que ocupa mediastino anterior y que borra la parte superior de la silueta cardíaca (Fig. 1). En este punto se remite al hospital para completar estudio.

### Pregunta

1. *¿Cuál es su diagnóstico?*

Servicio de Pediatría y de Radiología del Hospital General de Guadalajara.  
Correspondencia: J. Jiménez Martínez. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Guadalajara. C/ Donantes de Sangre s/n. 19002. Guadalajara.

## Hiperplasia tímica benigna

En el hospital, y ante la sospecha de una masa mediastínica, se realiza TAC torácica que demuestra que la imagen radiológica correspondía a una hiperplasia tímica sin signos de malignidad. Revisando la historia de la paciente se comprobó que en una radiografía realizada meses atrás por otro cuadro tusígeno, también se apreciaba esta misma imagen. Se instaura tratamiento broncodilatador y mucolítico, desapareciendo la fiebre y normalizándose la auscultación pulmonar en 3 días. Durante su ingreso, se le practicó un ionotest, que fue negativo, una determinación de Ig totales, incluida IgE, todas ellas en límites normales y serología de *Mycoplasma pneumoniae*, también negativa. El recuento leucocitario se normalizó antes del alta y el cuadro fue interpretado como una bronquitis vírica.

El timo es un órgano bilobulado situado en el mediastino anterior, detrás del esternón al que sobrepasa por arriba, y delante de los grandes vasos<sup>(1)</sup>. Su función está ligada al proceso de inmunidad, siendo en este órgano donde maduran los linfocitos T, responsables de la respuesta celular. Su tamaño es relativamente muy superior en el RN que en el niño mayor, de modo que la proporción entre masa tímica y peso corporal varía de un 0'75% en el momento del nacimiento a un 0'19% en la pubertad<sup>(2)</sup>; a partir de esta edad sufre un proceso de regresión.

La gran variabilidad fisiológica en el tamaño y forma del timo ha dificultado el establecimiento de unos límites entre lo que se considera un timo normal y un timo agrandado. En la actualidad se admite básicamente el criterio de visibilidad radiológica a partir del período de la primera infancia, ya que en el RN y el lactante es un hallazgo fisiológico, si bien variable e inconstante. A partir de los tres años de edad, y de una manera práctica, un timo visible en una Rx de tórax es un timo anormalmente grande<sup>(3)</sup>.

La hiperplasia tímica simple cursa sin expresión clínica o con signos poco llamativos o dudosos. Los posibles síntomas derivados de una compresión mediastínica (estridor, tos, disnea), son excepcionales en esta entidad y hacen pensar en otro proceso, fundamentalmente de origen tumoral. Si se confirma el carácter benigno de la hiperplasia, en la mayor parte de los casos, como en el nuestro, estos síntomas pueden ser explica-

dos por procesos intercurrentes como bronquitis asmáticas o neumonías.

La radiología simple suele mostrar una imagen típica, en forma de vela de barco, con una escotadura que la separa de la silueta cardíaca. Pero a veces aparecen imágenes distintas que nos pueden confundir con otras patologías. El diagnóstico diferencial nos obliga a considerar muchas posibilidades: trastornos de retorno venoso, anomalías del arco aórtico, tumores mediastínicos, linfangiomas, tiroides ectópico, etc. Casi siempre, los datos clínicos y radiológicos resuelven el conflicto, pero en aquellos casos, como en el nuestro, en el que la sintomatología respiratoria nos llevó al descubrimiento radiológico, pueden ser precisas otras pruebas complementarias para descartar otras causas. La TAC es defendida por varios autores como la técnica de elección para determinar la naturaleza y localización de la imagen<sup>(4)</sup> ya que no sólo establece con claridad el origen de la masa, sino que también distingue entre una hiperplasia simple y otros tumores de origen tímico, por otro lado muy raros en la infancia. En algunos casos puede ser incluso necesaria la punción biopsia<sup>(5)</sup>.

La hiperplasia simple asintomática no precisa ningún tratamiento. En aquellos casos en los que el tamaño ocasione sintomatología o bien en aquéllos otros en los que existan dudas diagnósticas, puede estar indicado un tratamiento con esteroides a altas dosis. La disminución de tamaño es espectacular, aunque al suprimir el corticoide puede aparecer una recidiva. La cirugía se reserva para los casos de duda extrema.

## Bibliografía

- 1 Claret I, Morales L: Patología del mediastino. En: Cruz M: Tratado de Pediatría. 7ª edición. Barcelona: Espaxs, 1994: 1395-1406.
- 2 Obaro RO: Case report: true massive thymic hyperplasia. *Clin Radiol* 1996; **51**:62-64.
- 3 Blickman JG: Tórax. En: Radiología Pediátrica. Madrid: Mosby/Doyma, 1995: 3-55.
- 4 Kobayashi T, Hirabayashi Y: Diagnostic value of plain chest roentgenogram and CT Scan findings in four cases of massive thymic hyperplasia. *Ped Radiol* 1986; **16**:452-455.
- 5 Riazmontazer N, Bedayat G: Aspiration cytology of an enlarged thymus presenting as a mediastinal mass: a case report. *Acta Cytol* 1993;