

Giant thymic cyst with atypical location: case report

Cisto tímico gigante com localização atípica: relato de caso

Mário Augusto Cray da Costa¹, MD, PhD; Mário Rodrigues Montemor Netto¹, MD, MSc; Joelmir Colman²; Gabriela Cordeiro da Costa³

DOI: 10.5935/1678-9741.20130063

RBCCV 44205-1489

Resumo

Paciente do sexo feminino, 47 anos, admitida com queixa de dispneia aos pequenos esforços como único sintoma. Exames clínico, eletrocardiográfico e de laboratório normais. Radiografia de tórax demonstrou massa em base de hemitórax direito, que a tomografia computadorizada de tórax revelou tratar-se de massa cística bem delimitada, medindo cerca de 11,3 x 10,6 x 10,9 cm, sugerindo o diagnóstico de cisto pericárdico. A paciente foi submetida a toracotomia direita para ressecção do cisto. A paciente evoluiu sem intercorrências. O resultado do exame anatomopatológico, ao contrário do esperado, diagnosticou cisto tímico.

Descritores: Cisto mediastínico. Timo. Toracotomia.

Abstract

A 47-year-old woman was admitted with a history of dyspnea on mild exertion as her only symptom. Clinical exam, laboratory tests, and electrocardiography were normal. Chest X-ray demonstrated right hemithorax base mass, and CT scan revealed a well-defined cystic mass measuring approximately 11.3 x 10.6 x 10.9 cm, suggesting the diagnosis of pericardial cyst. The patient underwent right thoracotomy for resection of the cyst. The patient's progress was uneventful. The result of histopathological examination, contrary to expectations, revealed thymic cyst.

Descriptors: Mediastinal cyst. Thymus gland. Thoracotomy.

INTRODUÇÃO

Cistos tímicos são lesões benignas infrequentes, cuja prevalência é de 1% a 3% das lesões quando localizadas no mediastino anterior [1]. São geralmente assintomáticos, porém dor torácica e dispneia podem estar presentes [2]. O diagnóstico, muitas vezes, ocorre de maneira incidental em exames de rotina (radiografia e tomografia), sendo necessário o exame anatomopatológico para diferenciar de outras massas anômalas [3]. Mais prevalente em jovens e adultos de meia idade, sua etiologia pode ser dividida em congênita ou adquirida [1]. No caso de cisto tímico adquirido (CTA),

a indicação cirúrgica está bem estabelecida, pelo risco de malignidade associada, mas não há o mesmo consenso na literatura sobre operar cisto tímico congênito (CTC) [2].

O caso a seguir relata um cisto tímico que teve diagnóstico inicial de cisto pericárdico com base nos exames de imagens.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 47 anos, admitida com queixa de dispneia aos pequenos esforços, com três anos de evolução. A paciente não apresentava história prévia de doença cardíaca, pulmonar ou qualquer outra patologia.

¹ Santa Casa de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

² Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Endereço para correspondência:

Mário Augusto Cray da Costa
Av. General Carlos Cavalcanti, 4748 – Ponta Grossa, PR, Brasil
CEP 84030-900
E-mail: drmarioaugusto@uol.com.br

Abreviaturas, acrônimos e símbolos

CTA	Cisto tímico adquirido
CTC	Cisto tímico congênito

A radiografia de tórax demonstrou imagem hipotransparente, irregular em hemitórax direito, sugerindo cisto pericárdico. À ecocardiografia, não foram observadas alterações cardíacas, porém notava-se a presença de massa bem delimitada, medindo cerca de 10 x 12 cm, com paredes finas, hipoeoica e com estrutura de partes moles em seu interior, relacionando-se intimamente com o átrio direito em sua face inferior, sugerindo cisto pericárdico. A tomografia computadorizada demonstrou massa bem delimitada de contornos regulares, medindo 11,3 x 10,6 x 10,9 cm nos seus

maiores diâmetros, localizada na topografia do lobo médio, no mediastino anterior, com atenuação interna de partes moles, e com fina parede ao seu redor, que sofreu discreto realce à administração de contraste endovenoso, sugerindo efeito compressivo sobre o coração, pois estava em íntimo contato com ele e com a parede torácica ântero-lateral à direita (Figura 1A). A paciente foi submetida a toracotomia direita, que demonstrou massa gigante aderida à face direita do pericárdio e ao pulmão direito, envolvendo o nervo frênico direito (Figura 1B). O cisto foi dissecado do pulmão e continha um líquido de aspecto grumoso. Na sequência, a massa foi dissecada do pericárdio, sendo deixada uma faixa de sua parede (aproximadamente 1 cm) ao longo do trajeto do nervo frênico, a fim de evitar a lesão deste. O transoperatório evoluiu sem intercorrências.

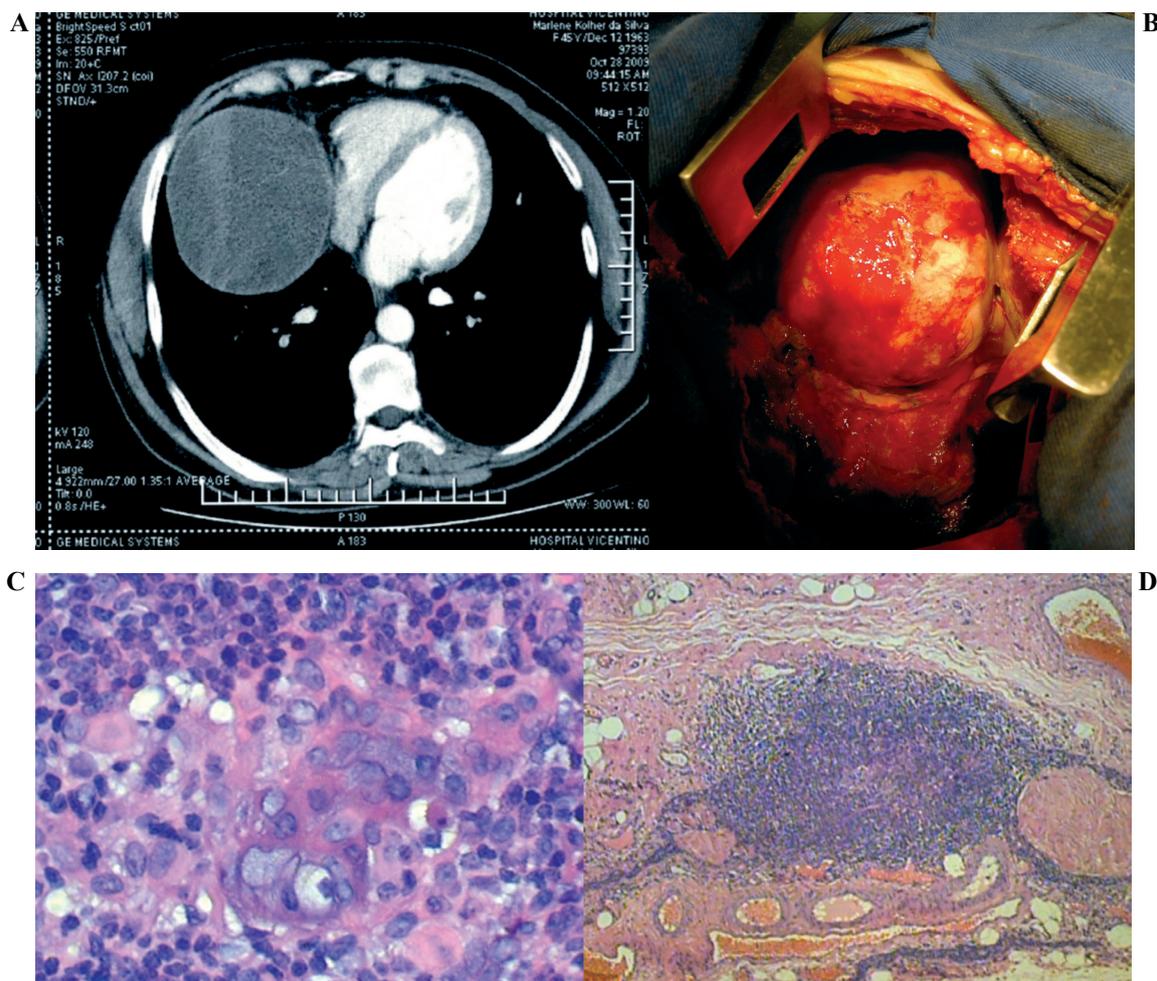


Fig. 1 - A: Tomografia computadorizada indicando massa bem delimitada, de contornos regulares, e em contato íntimo com o coração e com a parede torácica ântero-lateral à direita. B: Toracotomia direita evidenciando massa gigante aderida à face direita do pericárdio e ao pulmão direito. C: Corpúsculo de Hassall (várias camadas concêntricas de células reticulares epiteliais em um arranjo de “cebola”). A célula reticular geralmente ocupa o centro do corpúsculo de Hassall, e as células da medula formam uma camada em torno desse centro. D: Corpúsculo de Hassall no contexto da lesão (aumento menor)

A paciente recebeu alta no quinto dia de pós-operatório. Após o procedimento, houve remissão completa do sintoma. O exame anatomopatológico identificou parede de lesão cística com fibrose e focos de calcificação distrófica associados à presença de áreas residuais de tecido tímico com aspecto hiperplásico e corpúsculos de Hassall (Figura 1C e D), indicando o diagnóstico de cisto tímico congênito.

O presente relato de caso teve autorização expressa da paciente, bem como do hospital.

DISCUSSÃO

Os cistos tímicos podem ser divididos em CTC ou CTA [1,3] (Quadro 1). Os cistos tímicos são geralmente assintomáticos e o diagnóstico ocorre de maneira incidental quando é feito um exame de imagem da região torácica, sendo que a idade do paciente pode variar entre 30 a 60 anos [2]. Quando sintomático, os aspectos mais relatados são dor no peito, tosse, rouquidão, dispneia e disfagia [1,3,4]. No caso da paciente relatada neste trabalho, o diagnóstico foi feito aos 47 anos, e a queixa era de dispneia.

Radiologicamente, cistos tímicos se manifestam como

massas mediastinais ântero-superiores bem circunscritas, com visualização ocasional de septos e calcificação linear de parede [5]. Tomografia computadorizada é o exame de eleição para o diagnóstico das massas mediastinais, sendo capaz de demonstrar diferenças entre os tipos de cistos, bem como permitir o diagnóstico diferencial com outras doenças. Diferenciar as lesões entre congênicas e adquiridas é importante, já que no CTA há necessidade de estudo histopatológico para afastar associação neoplásica [1]. Na análise microscópica, a presença de corpúsculos de Hassall e de remanescentes de tecido do timo é critério que confirma o diagnóstico de cisto tímico [6].

Em relação ao tamanho, apenas um caso de cisto tímico medindo 11,5 x 6,8 x 9,0 cm foi encontrado na literatura [2]. O cisto da paciente apresentado neste trabalho apresentou medidas de 11,3 x 10,6 x 10,9 cm, o maior já relatado na literatura, com localização atípica, no mediastino anterior.

Dentre os diagnósticos diferenciais, têm-se lesões malignas, como timomas, teratoma, linfomas, hemangiomas, fibrossarcomas, neuroblastoma [4], entre outros, e lesões benignas, como cistos pericárdico, broncogênico, branquiais [4,6-8], e outras lesões dessa região.

Quadro 1. Diferenças morfológicas entre cistos tímicos adquirido e congênito.

Característica	Cisto tímico adquirido	Cisto tímico congênito
Origem [1,3]	Processos inflamatórios/ infecciosos (HIV, LES) ou neoplásicos (linfoma não-Hodgkin, timoma, carcinoma tímico e o seminoma mediastinal)	Remanescentes do ducto timofaríngeo ou das bolsas branquiais e massas tímicas ectópicas
Morfologia [1,3]	Multilocular, proliferação fibrovascular, necrose, hemorragia e formação de granuloma de colesterol e hiperplasia linfoide reativa com vários centros germinativos	Unilocular (geralmente), paredes finas e translúcidas
Líquido em seu interior [1]	Pode tornar-se espesso e com sangue, coloração castanho claro	Aspecto claro e acelular
Histopatologia [2,6]	Cavidades císticas parcialmente revestidas por epitélio escamoso ou colunar e pode mostrar excrescências papilares; ilhas dispersas de tecido tímico não neoplásicos dentro das paredes do cisto. O estroma circundante contém infiltrado inflamatório linfoplasmocitário. Com a cronicidade do processo, o cisto pode degenerar e desenvolver uma cápsula espessa e calcificada, ou desenvolver tecido fibroso	Não há evidência de inflamação; A superfície epitelial da cavidade cística é revestida por células escamosas e a parede fibrosa não tem hemorragia ou granulomas
Corpúsculos de Hassall [6]	Difícilmente encontrado, pois a inflamação causa a destruição da parede do cisto, sendo substituída por fibrose e, assim, causando a degeneração do corpúsculo	Facilmente encontrado
Localização [2,6]	Mais comum em mediastino anterior	Mais comum no pescoço

A conduta ideal frente aos cistos tímicos ainda não está bem estabelecida. A maioria dos autores indica ressecção para CTA pelo risco de malignidade. Os métodos utilizados são videotoroscopia, esternotomia longitudinal ou toracotomia [2]. Em caso de CTC, o tratamento pode ser conservador, embora alguns autores advoguem a ressecção, tendo em vista que o diagnóstico diferencial definitivo entre CTA e CTC é histológico. A paciente em questão foi operada por toracotomia direita, a indicação baseou-se no tamanho da massa e efeitos compressivos, bem como na necessidade de diagnóstico histológico. Foi relevante no caso o diagnóstico inicial de cisto pericárdico que o estudo anatomopatológico revelou tratar-se de cisto tímico congênito.

Authors' roles & responsibilities

MACC	Elaboração do trabalho, revisão final
MRMN	Revisão anatomopatológica, revisão do texto
JC	Redação e revisão da literatura
GCC	Redação, revisão de prontuário e revisão de literatura

REFERÊNCIAS

- Choi YW, McAdams HP, Jeon SC, Hong EK, Kim YH, Im JG, et al. Idiopathic multilocular thymic cyst: CT features with clinical and histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol.* 2001;177(4):881-5.
- Tiveron MG, Dias RR, Benvenuti LA, Stolf NAG. Cisto tímico como diagnóstico diferencial de doença aguda da aorta torácica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(4):575-7.
- Nomori H, Horio H, Suemasu K, Orikasa H, Yamazaki K, Nakano K. A case of rapidly enlarging unilocular thymic cyst. *J Clin Pathol.* 2002;55(8):636-7.
- Bastos P, Magalhães A, Fernandes G, Cruz MR, Saleiro S, Gonçalves L, Piñon M. Cistos e tumores primários do mediastino. *Rev Port Pneumol.* 2007;13(5):659-73.
- Strollo DC, Rosado de Christenson ML, Jett JR. Primary mediastinal tumors. Part 1. Tumors of the anterior mediastinum. *Chest.* 1997;112(2):511-22.
- Suma MN, Jeyachandran P, Jena M, Revadi PS. Cervical thymic cysts masquerading as thyroid cysts. *Online J Health Allied Sci.* 2011;10(1):1-3.
- Martins IM, Fernandes JM, Gelape CL, Braulio R, Silva VC, Nunes MCP. Grande cisto pericárdico manifestando-se com compressão das câmaras cardíacas direitas. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2011;26(3):504-7.
- Nina VJS, Manzano NCE, Mendes VGG, Salgado Filho N. Cisto pericárdico gigante: relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(3):349-51.