

Timoma paracardíaco izquierdo

Gonzalo Barón Esquivias, Antonio Ordóñez^a, Antonio Mayol^b y Francisco Gavilán^c

Departamentos de Cardiología, ^aCirugía Cardiovascular, ^bRadiología y ^cAnatomía Patológica.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Un varón de 37 años fue remitido a nuestras consultas debido al descubrimiento de una cardiomegalia en una radiografía de tórax realizada en un examen rutinario. No fumaba ni tenía otros factores de riesgo. En la radiografía de tórax se observaba un crecimiento anormal de la silueta cardíaca (fig. 1). La ecocardiografía transtorácica sugería un tumor paracardíaco. La resonancia magnética puso de manifiesto una masa elíptica

y tras la utilización de gadolinio-DPTA se comprobó que existía un aumento de la vascularización lo que, unido a la localización, sugería el diagnóstico de quiste pericárdico o teratoma (fig. 2). Debido al tamaño de la masa, y después de discutirlo con el paciente, se realizó un cateterismo selectivo para localizar el origen de la vascularización, que resultó proceder de la arteria mamaria interna izquierda (fig. 3). Una vez descartada la



Fig. 1.



Fig. 2.

Correspondencia: Dr. G. Barón Esquivias.
Avda. de Portugal, 19, 3.º, izqda. 41004 Sevilla.

(*Rev Esp Cardiol* 2001; 54: 643-644)

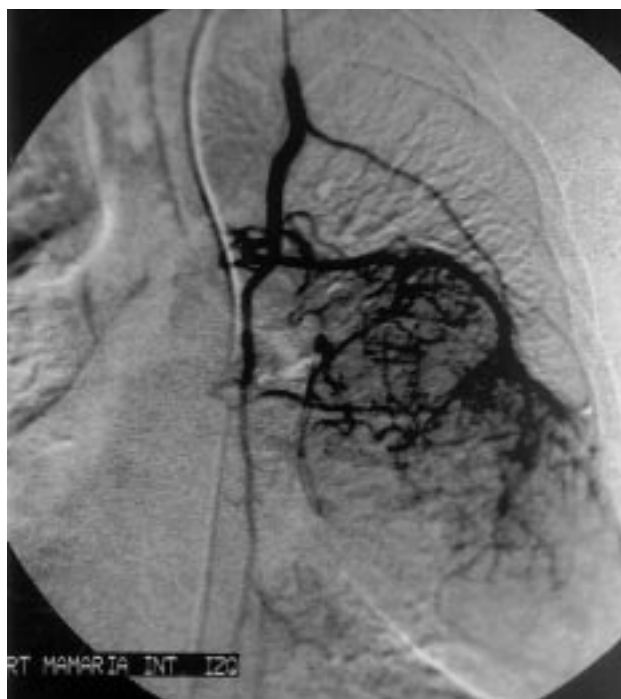


Fig. 3.

relación con el árbol coronario se efectuó una toracotomía lateral izquierda. Se aisló el nervio frénico que se hallaba adyacente al pericardio y se extirpó una masa encapsulada de $14 \times 13 \times 6$ cm que pesó 500 g. El estudio anatomopatológico macroscópico y microscópico (inmunohistoquímico) demostró que se trataba de un timoma predominantemente linfocítico encapsulado (o timoma bien diferenciado en estadio 1) situado en una localización no referida con anterioridad en la bibliografía. Veintisiete meses después de la intervención el paciente se encuentra asintomático.