

# TIMO CERVICAL ABERRANTE

Por

JUAN JACOBO MUÑOZ D.  
Jefe del Servicio de Cirugía General.  
Hospital de La Samaritana.

y

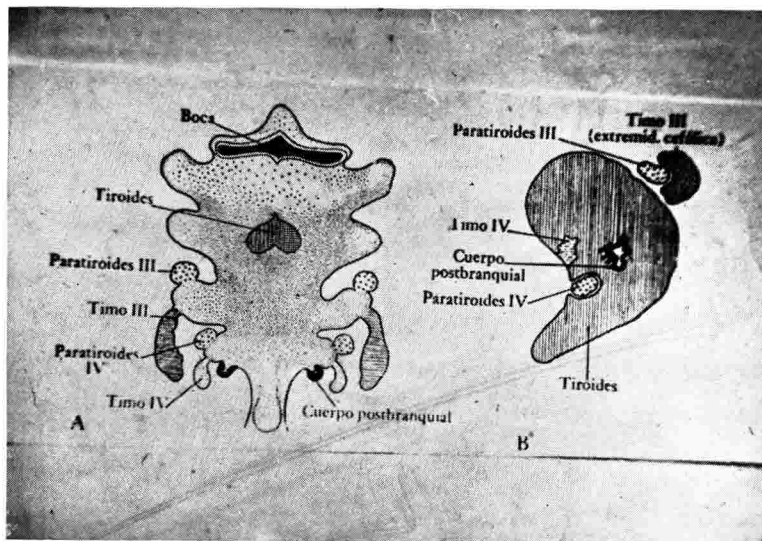
EGON LICHTENBERGER  
Jefe del Servicio de Anatomía Patológica.  
Hospital de San Juan de Dios.

La escasez de referencias en la literatura médica sobre la presencia de tejido tímico, normal o patológico, en la región cervical, nos ha llevado a presentar dos casos clínicos, en los cuales se hizo este hallazgo.

Para entender mejor la razón de su presencia, hacemos un breve recuento embriológico sobre el origen y descenso del timo.

Según Patten, el tejido del timo puede originarse de la tercera o cuarta bolsas faríngeas o de ambas. El originado de la cuarta bolsa, puede faltar o ser totalmente rudimentario. Estos esbozos aparecen alrededor de la sexta semana, como evaginaciones ventrales de las terceras bolsas faríngeas. Se cree que para la formación de su masa celular primordial contribuyen tanto el ectodermo del piso del surco bran-

quial como el endodermo de la bolsa faríngea. En la primera parte de la séptima semana, los esbozos se han alargado notablemente, pero aún mantienen su conexión con la bolsa faríngea y persisten asociados a la paratiroides III. Durante la séptima semana pierden su luz y aumentan rápidamente de volumen. Sus extremos distales comienzan a acercarse entre sí y se dirigen hacia la línea media, inmediatamente por debajo del esbozo de tiroides. A mediados de la octava semana todos los derivados faríngeos se han desplazado hacia abajo en el cuello. Los extremos distales de los esbozos tímicos toman contacto entre sí y se colocan por detrás del esternón. La fusión de los esbozos derecho e izquierdo nunca es completa, conservando su carácter par de origen. (Figura 1).



## CASOS

## CASO NUMERO 1

B. C. A.  
Hospital de La Samaritana.  
Historia número 159.244.

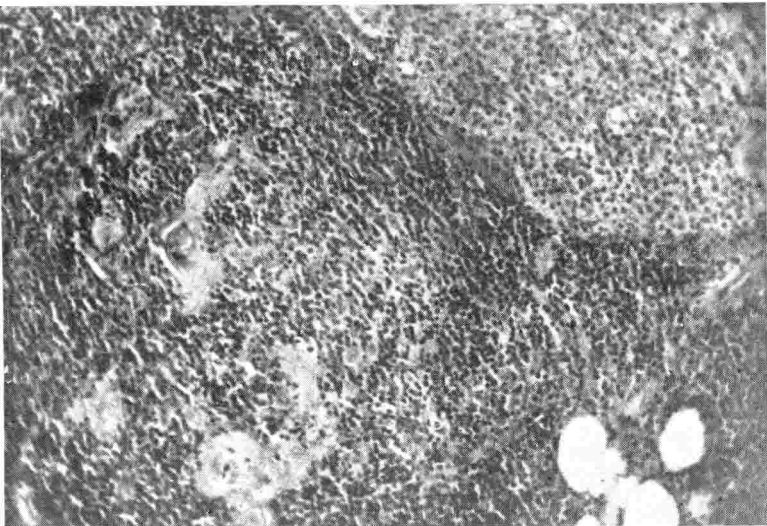
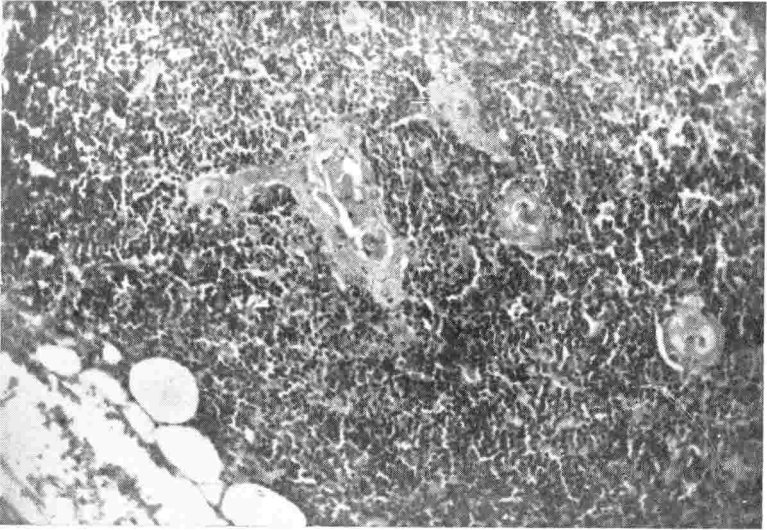
Mujer de dieciséis años de edad, que ingresó al Hospital de La Samaritana después de haber sido tratada en la consulta externa, durante dos meses, por bocio tiroideo hiperfuncionante. De un metabolismo basal de + 35 se logró reducir a + 12. Se practicó tiroidectomía subtotal en febrero 21 de 1958. Se encontró una masa de 3 x 2 cms., independiente del tiroides, y por detrás del mismo, unos 5 cms. por debajo del polo superior. El reporte anatomopatológico (58-287) mostró que esta masa estaba constituida por tejido tímico. (Figura 2).

## CASO NUMERO 2

J. C., mujer de diecinueve años de edad, que consultó en septiembre de 1958 por hipertiroidismo. Metabolismo basal + 90. Fue tratada hasta lograr una reducción de éste hasta + 18. En abril 2 de 1959 se practicó tiroidectomía subtotal, encontrándose por detrás del lóbulo izquierdo del tiroides un nódulo de 3 cms. de diámetro. El reporte anatomopatológico mostró que esta masa estaba formada por tejido normal de timo y que presentaba incluida una glándula paratiroides normal. (Figura 3).

## COMENTARIOS

La localización de restos tímicos ha sido observada en distinto lugar del



cuello; por lo tanto, este dato no nos sirve para diagnóstico diferencial. Sin embargo, estamos bajo la impresión, por los casos de la literatura médica y de los nuestros, que existe una predominancia en el lado izquierdo del cuello.

Creemos que si se examinaran ordinariamente masas de tejido retrotiroidianas, el hallazgo de tejido tímico aberrante sería más frecuente.

Estas masas tímicas representan, en nuestro concepto, restos de tejidos dejados durante el descenso del timo, que han sufrido un proceso de hiperplasia o tumor, o la formación del tejido tímico a expensas de la cuarta bolsa branquial, que generalmente rodea a la paratiroides IV, como es frecuente en algunos otros animales.

Es de anotar que en los dos casos presentados existía hipertiroidismo.

#### SUMARIO

Se presentan dos casos de tejido tímico aberrante.

Se hace un sumario sobre origen embriológico del timo.

Se hacen algunos comentarios alrededor de estos dos casos.

#### SUMMARY

Two cases are reported of aberrant thymus tissue. A summary is made of the embryologic origin of the thymus. Some observations are included about these two cases.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ARHEIM, E. E., y GEMSON, B. L.: "Persistent Cervical Thymus Gland: Thymectomy". *Surgery*, 27: 603-608, 1950.
2. CRAWFORD, A. S. et al.: "Thymic Cyst in the Neck: Case Report". *J. Indiana M. Ass.*, 50: 715-719, 1957.
3. CUNNINGHAM, D. J.: *Text-book of Anatomy*, ed. by J. C. Brash. 9th. ed. London, Oxford Univ. Press, 1951. (Oxford Medical Publications).
4. GILMOUR, J. R.: "Some Developmental Abnormalities of the Thymus and Parathyroids". *J. Path. & Bact.*, 52: 213-218, 1941.
5. GROSS, R. E.: *The Surgery of Infancy and Childhood*. Philadelphia, Saunders, 1953.
6. MICHELSON, H., y SENDER, B.: "Cervical Thymus: Report of a Case". *A. M. A. Arch. Surg.*, 72: 275-276, 1956.
7. MOSELEY, J. E., y SOM, M.: "Cervical Thymus Gland". *J. Mt. Sinai Hosp.*, 21: 289-295, 1955.
8. PATTEN, B. M.: *Embriología Humana*. 3ª ed. Buenos Aires, El Ateneo, 1958.
9. WELLER, R. W.; PEARCE, A. E., y RAPOPORT, M.: "Thymic Cyst of the Neck". *A. M. A. Arch. Path.*, 52: 569-573, 1951.
10. WILLIAMS, R. R., y GERBER, D. M.: "Aberrant Cystic Thymus Gland of the Neck". *Am. J. Surgery*, 93: 473-476, 1957.