

# CARCINOMA BASALOIDE DE TIMO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

**M<sup>a</sup>. ANTONIETTA DI MURO; MIREIA MONTSERRAT GÓMEZ; CARLA GUERRERO RICO; TANIA VAZQUEZ DEL OLMO; LAURA LÓPEZ VILARÓ; AGUSTÍN CLUA GONZÁLEZ.**

*Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; Barcelona*

## INTRODUCCIÓN

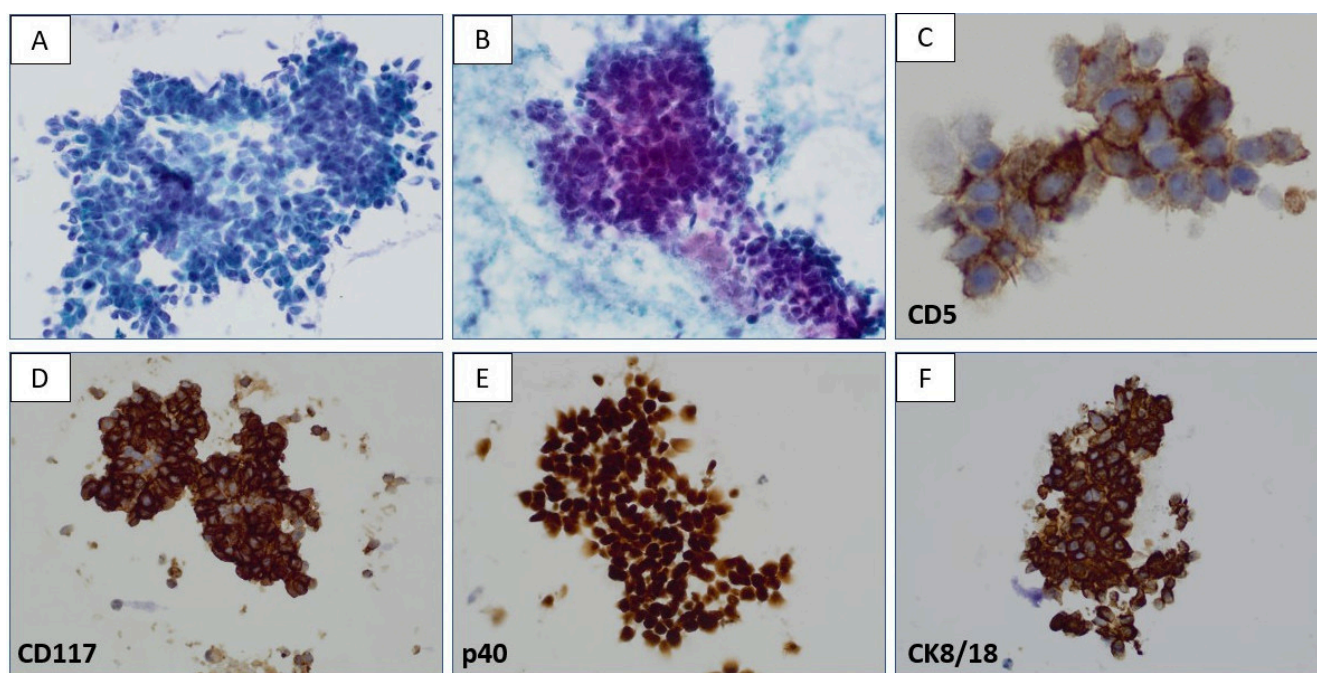
El carcinoma basaloide de timo en un tumor raro que se localiza en el mediastino anterior, comprende menos del 2% de los carcinomas tímicos. Ocurre en adultos entre la 3<sup>a</sup> y 7<sup>a</sup> década de la vida, con mayor frecuencia en hombres (H:M=2:1). Alrededor del 60% de los casos se diagnostican incidentalmente. En las pruebas de imágenes se observa una masa sólida, con un componente quístico en cerca del 45% de los casos. La patogenia se desconoce.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

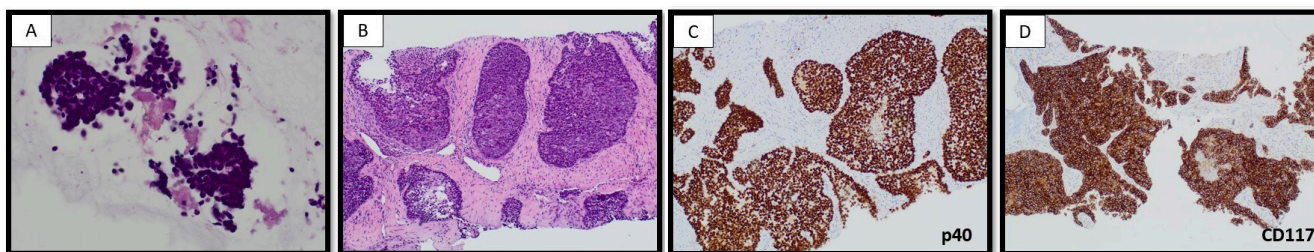
Se trata de un paciente varón de 70 años que acudió a urgencias a finales de 2023 por dolor lumbar que limitaba los movimientos, se realizó Rx de tórax y se observó una masa en mediastino anterior, por lo que se completó el estudio con TC.

En la TC se encontró tumoración mediastínica anterior, sugestiva de tumor tímico maligno, con signos de extensión metastásica pleural derecha y costal derecha (7<sup>o</sup> arco costal) e infiltración pericárdica; presentaba amplio contacto con aorta ascendente y vena cava superior.

Se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) a través de la pared torácica, se realizaron 7 extensiones con la tinción de Papanicolau y un bloque celular. En las extensiones se observó, sobre fondo hemático, abundante representación celular constituida por celularidad inflamatoria mixta de predominio linfocitario. A mayor aumento se pueden observar grupos hipercelulares cohesivos, algunos de ellos con frecuente pérdida de cohesión y con cierta tridimensionalidad.



**Figura 1.** (A,B) Extensiones citológicas con agregados de células epiteliales atípicas (Pap, 40x) y (C,D,E,F) tinciones inmunohistoquímicas sobre bloque celular.



**Figura 2.** A) Bloque celular (H-E 10x), B) Biopsia masa pared torácica (H-E 10x) y (C,D) tinciones inmunohistoquímicas sobre la biopsia.

Los grupos y las células sueltas eran de pequeño tamaño, monomorfas, prácticamente sin citoplasma; los núcleos eran redondeados/ovalados con una membrana nuclear irregular, ligeramente hiper cromáticos y que presentaban una cromatina finamente granular. Las extensiones eran tan celulares que daba la impresión que los núcleos se amoldaban, haciendo pensar en un carcinoma de origen neuroendocrino, así como en la periferia, algunas células desfleadas que parecían formar empalizada. Faltaría el Diagnóstico citológico: PPGM de probable carcinoma tímico.

Así mismo se realizó una biopsia tru-cut en la que se observa un tumor que se dispone en nidos, con células de tipo basaloide formando empalizada en la periferia. Los nidos presentaban necrosis central tipo comedo. Se realizó IHQ, que igualmente fue positiva para los marcadores mencionados y Ber-EP4. La tinción para marcadores de tumor neuroendocrino y pulmón resultaron negativos, así como la tinción de NUT.

El diagnóstico fue Carcinoma Basaloide de Timo, Estadio IVb de Masaoka-Koga (cT4N2M1b). El tratamiento realizado fue quimioterapia con regresión de las lesiones pleurales y adenopáticas. Actualmente el paciente presenta respuesta parcial sostenida con estabilidad morfometabólica de la lesión primaria tímica y la lesión ósea costal. Adicionalmente está recibiendo radioterapia paliativa para dolor.

## DISCUSIÓN

El carcinoma basaloide tímico es un subtipo raro de carcinoma tímico; se caracteriza por formar nidos sólidos y espacios quísticos con papilas, conformadas por células de pequeño/mediano tamaño con una relación núcleo citoplasma alta y que se disponen en empalizada. Suelen presentar comedonecrosis y apoptosis, de allí el fondo que presentan las extensiones. La PAAF es una importante herramienta para diagnosticar masas mediastínicas; las metástasis representan la mayor parte de los diagnósticos (83-86%), el resto de diagnósticos los constituyen timomas, carcinomas tímicos, tumor de células germinales, linfomas y otras neoplasias benignas. Un adecuado diagnóstico en ocasiones es difícil si nos encontramos frente a una entidad tan poco frecuente. De allí la importancia de la información clínica y los hallazgos radiológicos, que puede ayudar a orientar el diagnóstico diferencial.

Desde el punto de vista morfológico, el diagnóstico diferencial no siempre resulta fácil, debido a que el carcinoma basaloide tímico comparte características citológicas con el carcinoma neuroendocrino de timo o metastásico, con el carcinoma adenoide quístico y con el carcinoma NUT. Por ello es importante conocer este subtipo de carcinoma tímico y, delante de este diagnóstico diferencial es relevante obtener el inmunofenotipo en el material de la PAAF. ■

## Bibliografía

1. WHO CLASSIFICATION OF TUMOURS. THORACIC TUMOURS. 5th EDITION, 2021
2. CYTOLOGY AND ITS HISTOPATHOLOGIC BASES, Koss, L.; Melamed, M, Fifth Edition, 2006, Volume II.
3. Fine-Needle Aspiration Cytology of Thymic Basaloid Carcinoma: Case Studies and Review of the Literature. Posligua, L.; Ylagan, L. Diagnostic Cytopathology, Vol 34, Nº 5, 2006.