

Spanish children and adolescents: changes related to age, sex, and puberty. *Pediatr Res.* 1994;35:362–6.

5. Lorenc RS. Idiopathic juvenile osteoporosis. *Calcif Tissue Int.* 2002;70:395–7.
6. Rauch F, Travers R, Norman ME, Taylor A, Parfitt AM, Glorieux FH. Deficient bone formation in idiopathic juvenile osteoporosis: a histomorphometric study of cancellous iliac bone. *J Bone Miner Res.* 2000;15:957–63.
7. Folgueral M, Merino MM, Alonso C, Sales C, González E. Osteoporosis idiopática juvenil: hallazgos radiológicos y revisión de la bibliografía. *Radiología.* 2005;47:287–90.

M.A. Guagnelli*, D. Yeste, M. Clemente y A. Carrascosa

Servicio de Endocrinología Pediátrica, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maguagnelli@gmail.com (M.A. Guagnelli).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.01.019>

Ectopia tímica cervical: una entidad poco frecuente

Cervical ectopic thymus: a rare condition

Sr. Editor:

La ectopia tímica cervical (ETC) es una rara entidad, con apenas 100 casos descritos en la literatura, representando una causa rara de masa cervical durante la infancia¹.

Presentamos el caso de un varón de 8 años, de raza caucásica, sin antecedentes personales reseñables, que presenta desde hace un mes una tumoración latero-cervical izquierda de consistencia dura y crecimiento progresivo. No refiere astenia, sudoración nocturna, ni otros síntomas constitucionales. Únicamente, disfagia leve a sólidos. Exploración física: se palpa una tumoración de 6,5 × 5,5 cm, de consistencia duro-elástica, indolora, que no se desplaza con la deglución, y que se extiende por todo el borde anterior del ECM izquierdo. Adenopatías yugulares bilaterales. Resto, sin hallazgos patológicos. Se realiza una ecografía cervical en la que se observa una masa con septos en su

interior, de tamaño de 3 × 3 cm, que comprime el lóbulo tiroideo. La RMN cervical evidencia una masa hipodensa con componente quístico y niveles líquidos en su interior, de aproximadamente 8 cm de diámetro mayor, que se extiende desde la región submandibular izquierda hasta el retroesternón, poniéndose en contacto con el timo (fig. 1). La sospecha diagnóstica es de linfangioma cervical quístico complicado o quiste branquial de origen tímico. Hematimetría y bioquímica estándar (incluyendo perfil tiroideo, anticuerpos y marcadores tumorales): normales. Radiografía AP de tórax normal. Gammagrafía tiroidea: función y morfología del tiroides dentro de la normalidad. Ante la sospecha de linfangioma quístico complicado o de quiste branquial de origen tímico, se practica una cervicotomía transversa izquierda bajo anestesia general y exéresis radical de la tumoración (12 × 9 cm de tamaño, elástica y de contenido líquido seroso amarillento) (fig. 2) junto a biopsia ganglionar. Se confirma histológicamente el diagnóstico (tinción con hematoxilina-eosina) de quiste tímico cervical multilocular, ante la presencia de abundantes cristales de colesterol y corpúsculos de Hassal (fig. 2). Linfadenitis crónica reactiva. Postoperatorio favorable, sin recidiva de la lesión en los

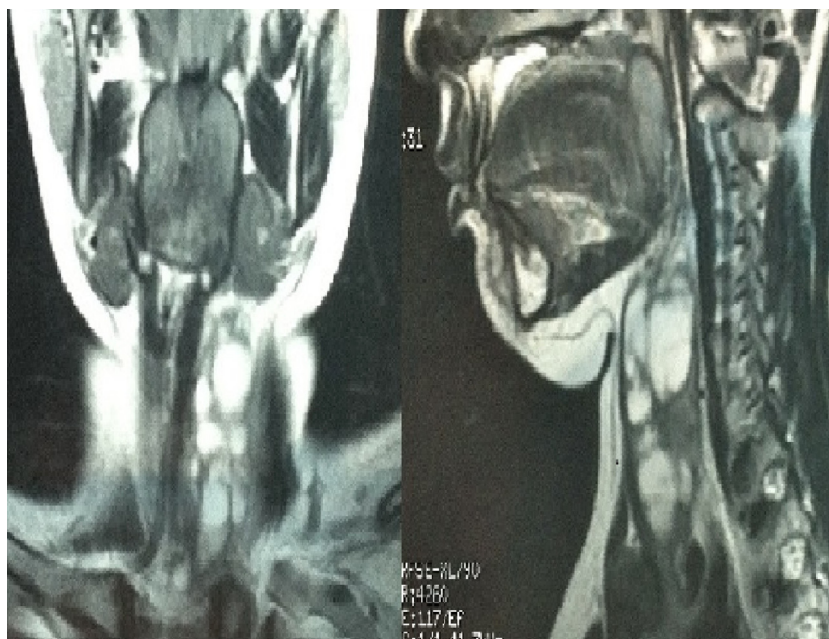


Figura 1 RMN cervical al diagnóstico. Proyecciones lateral y anteroposterior.

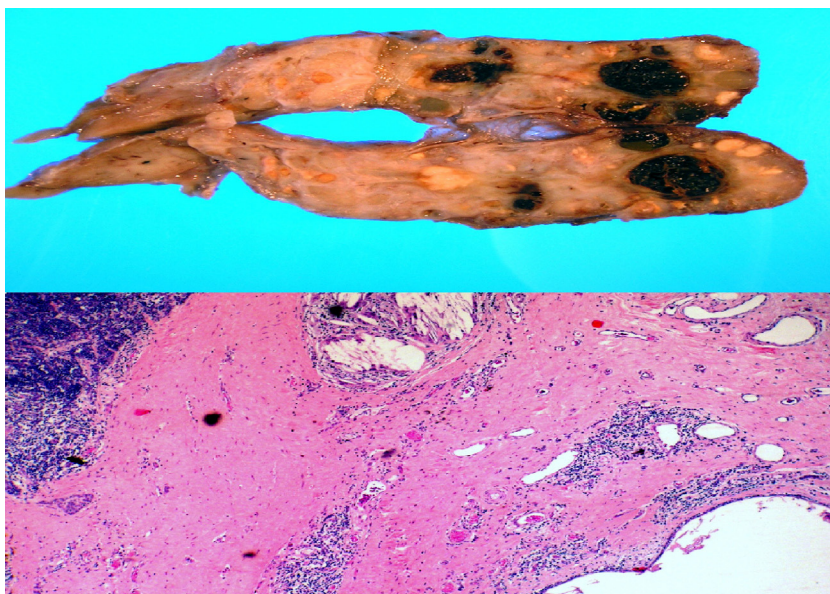


Figura 2 Superior: aspecto macroscópico de la pieza quirúrgica de timo aberrante. Inferior: H&E $\times 40$. Granuloma con cristales de colesterol (arriba centro), quiste revestido por epitelio benigno (abajo derecha) y tejido tímico normal (arriba izquierda), separados por estroma fibroso con focos inflamatorios.

seguimientos posteriores, con función normal de la glándula tiroidea.

Las masas cervicales constituyen una entidad muy frecuente en la edad pediátrica, correspondiendo la mayoría a tumoraciones de origen infeccioso. No obstante, es una localización frecuente de malformaciones congénitas que pueden proceder de diferentes estructuras, entre ellas el timo, un órgano que se origina a partir de la tercera bolsa branquial (ala ventral), en la sexta semana de vida intrauterina (excepcionalmente puede originarse de la cuarta). A lo largo de una línea trazada entre el ángulo mandibular y el mediastino comienza a descender, fundiéndose en la línea media hacia la octava semana, y alcanzando este hacia la semana duodécima. La ETC se produce como consecuencia de alteraciones en la migración, que pueden contener no solo tejido tímico, sino también paratiroideo. El hallazgo de una masa cervical no dolorosa, de crecimiento progresivo, sin eritema de piel suprayacente y sin asociar síntomas constitucionales suele ser la forma más frecuente de presentación. Su expresividad clínica se relaciona con la compresión de estructuras adyacentes provocando estridor, disnea u odinofagia. No obstante, el diagnóstico suele venir dado por el análisis anatomopatológico de la muestra, ya que a nivel preoperatorio son pocas sus peculiaridades respecto a otras entidades más frecuentes². Inicialmente, la ecografía nos ayuda a diferenciar el carácter quístico o sólido de la masa, pero con ayuda de la RMN determinaremos su localización, extensión y relación con estructuras adyacentes³. Dentro del diagnóstico diferencial cabe destacar tumoraciones infecciosas, malformativas y neoplásicas, siendo las adenopatías inflamatorias reactivas y las malfor-

maciones linfáticas las más frecuentes. El tratamiento debe consistir en la exéresis radical debido al riesgo potencial de complicaciones y degeneración maligna. El pronóstico a largo plazo es excelente, no presentando recurrencias en los casos descritos⁴.

Bibliografía

1. Clark JJ, Johnson SM. Solid cervical ectopic thymus in an infant. *J Pediatr Surg.* 2009;44:e19-21.
2. Nasser F, Eftekhari F. Ectopic thymus presenting as a right-side cervical mass in an infant. *Pediatr Radiol.* 2009;39:90.
3. Wang J, Fu H, Yang H, Wang L, He Y. Clinical Management of cervical ectopic thymus in children. *J Pediatr Surg.* 2011;46:33-6.
4. Zhaoqiang Z, Qingbin Z, Lei C, Dan C, Yu C, Wangxiang Y, et al. Infant ectopic cervical thymus one case report: diagnostic and management difficulties. *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery.* 2012:1-5.

A.A. Alcoba-Conde^{a,*}, F. Vázquez Rueda^b
y R. Cañete Estrada^a

^a Unidad de Gestión clínica de Pediatría y áreas específicas, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Unidad de Gestión clínica de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aalcoba10@gmail.com
(A.A. Alcoba-Conde).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2013.01.012>