

6. Civen R, Chaves SS, Jumaan A, Wu H, Mascola L, Gargiullo P, et al. The incidence and clinical characteristics of HZ among children and adolescents after implementation of varicella vaccination. *Pediatr Infect Dis J.* 2009;28:954–9.
7. Baxter R, Ray P, Tran TN, Black S, Shinefield HR, Coplan PM, et al. Long-term effectiveness of varicella vaccine: A 14-year, prospective cohort study. *Pediatrics.* 2013;131:e1389–96.

D. Caro-Gutiérrez<sup>a,\*</sup>, J.L. López-Esteban<sup>a</sup>,  
E. Naz-Villalba<sup>a</sup> y L. Ayala-Bernaldo de Quiros<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

<sup>b</sup> Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [carogutierrezd@gmail.com](mailto:carogutierrezd@gmail.com),  
[mdcaro@fhalcorcon.es](mailto:mdcaro@fhalcorcon.es) (D. Caro-Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.07.007>

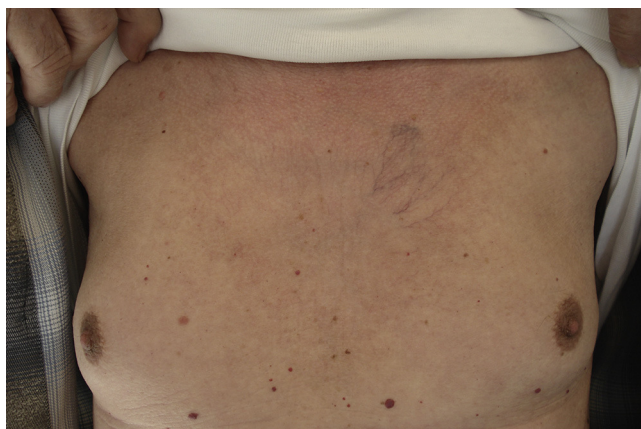
## Telangiectasias verticalizadas y prurito en el tórax en un paciente con síndrome de cava superior inicial secundario a un timoma maligno



### Vertically Orientated Telangiectasias and Pruritus on the Thorax of a Patient With Early Superior Vena Cava Syndrome Secondary to a Malignant Thymoma

El timoma representa el tumor primario de mediastino anterior más frecuente. Los síntomas son secundarios a la compresión del tumor o a diversos síndromes paraneoplásicos. El 50% de los pacientes, sin embargo, se encuentran asintomáticos en el momento del diagnóstico<sup>1</sup>. Se describe el caso de un paciente que presentó prurito y telangiectasias en el torso como signo inicial de un timoma maligno.

Un varón de 78 años acudió a la consulta por aparición progresiva de telangiectasias desde hacía 3 meses localizadas en la piel de la cara anterior del tórax. Refería que previamente había presentado en la zona una erupción cutánea que ya se había resuelto en el momento de la consulta. El paciente se quejaba de un intenso prurito y malestar que incluso dificultaba el descanso nocturno.

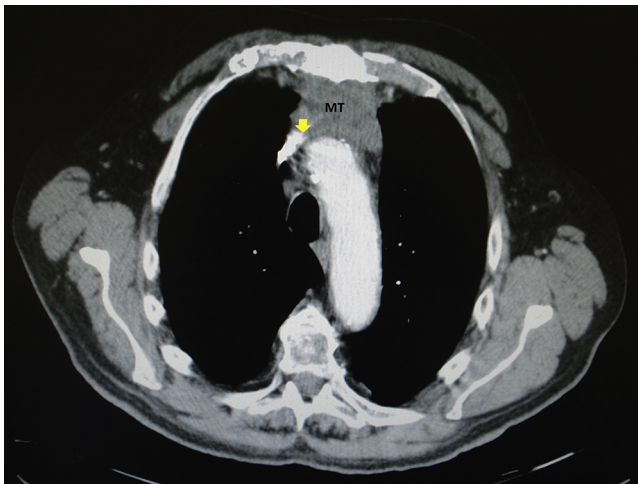


**Figura 1** Telangiectasias localizadas en el hemitórax izquierdo. La exploración no mostró otras alteraciones. La erupción referida por el paciente había remitido en el momento del diagnóstico.

El paciente no se quejaba de dolor torácico ni tenía dificultades respiratorias. Entre sus antecedentes médicos destacaba una neoplasia de vejiga en remisión. Una radiografía de tórax y una ecografía abdominal realizadas 2 años antes no mostraron alteraciones. A la exploración física mostró unas telangiectasias de distribución vertical más prominentes en el hemitórax izquierdo, sin otras alteraciones ni otros vasos dilatados de mayor calibre (figs. 1 y 2). La palpación no mostró masas ni adenopatías. Tampoco la exploración de la cara y el cuello mostró hallazgos reseñables. Dada la intensa sintomatología referida por el paciente se solicitó una TAC cervical y torácica para descartar una lesión subyacente. La TAC mostró una masa retroesternal de 5 × 2,5 cm con adenopatías perilesionales y pericárdicas y compresión de la vena cava superior (fig. 3). El diagnóstico diferencial incluyó teratoma, linfoma y timoma. El paciente no refería pérdida de peso ni sudoración nocturna, y su estado general era normal. La citología obtenida mediante punción-aspiración con aguja fina fue compatible con timoma. El paciente fue evaluado quirúrgicamente por los cirujanos torácicos y el tumor fue considerado inoperable. El diagnóstico final fue de un timoma esclerosante maligno. Los estudios de extensión descartaron enfermedad metastásica y tampoco mostró sintomatología de síndromes paraneoplásicos, como la miastenia gravis. El paciente inició tratamiento combinado con adriamicina y radioterapia con una regresión parcial



**Figura 2** Telangiectasias verticalizadas en la piel de la cara anterior del tórax (detalle). La exploración no mostró vasos dilatados de mayor calibre.



**Figura 3** La TAC muestra un tumor en el mediastino anterior (MT) con compresión de la vena cava superior (flecha).

de la masa. Las telangiectasias no se modificaron, pero el prurito referido por el paciente remitió con el tratamiento.

El timoma es el tumor más común del mediastino antero-superior. Habitualmente se inicia en la línea media y se extiende unilateralmente. Los pacientes con timoma se quejan de síntomas derivados del efecto de compresión de la masa como dolor torácico, dificultad respiratoria, tos o síndrome de vena cava superior<sup>1-3</sup>. Este síndrome se produce cuando se obstruye el retorno venoso de la mitad superior del cuerpo. Entre los signos más iniciales y prominentes de este síndrome destaca la aparición de numerosos capilares y vénulas dilatadas y tortuosas orientadas verticalmente<sup>4</sup>. Otros signos típicos del síndrome de vena cava superior son el edema de la cara y de las extremidades superiores, la cianosis o las alteraciones visuales por el papiledema. Bruno et al. publican un caso asociado a linfoma en el que el paciente presentó también una erupción cutánea transitoria y telangiectasias<sup>5</sup>. Otras causas de telangiectasias en el tórax son debidas a daño actínico crónico y poiquilodermia, telangiectasia esencial, enfermedades del tejido conectivo como lupus, dermatomiositis o esclerodermia, estados de hiperestrogenismo como la cirrosis o el embarazo y causas malignas como el linfoma B intravasculare o las metástasis cutáneas.

Por otra parte existe una elevada prevalencia de infecciones y alteraciones inmunitarias en pacientes con timoma<sup>6</sup>. La miastenia gravis ocurre en al menos un 30% de los pacientes<sup>7</sup>. También hay casos de aplasia de la serie roja, hipogammaglobulinemia, alteraciones endocrinas,

candidiasis mucocutánea crónica, enfermedades del tejido conectivo como el lupus o la dermatomiositis y el pénfigo paraneoplásico<sup>8</sup>.

La cirugía es el tratamiento de elección. Los casos avanzados de timoma invasivo requieren tratamiento con radioterapia y quimioterapia<sup>3</sup>. Se han visto casos de timoma invasivo afectando a la pleura y al pulmón, a las vértebras torácicas, al tiroides, al sistema nervioso central, al hígado y a los ganglios extratorácicos o a la dermis supradayacente<sup>9</sup>.

Nuestro paciente no presentó en ningún momento sintomatología extracutánea, y fueron los signos y síntomas cutáneos los que llevaron a efectuar el diagnóstico de una enfermedad subyacente grave, por lo que ante un caso de prurito intenso en el tórax sin lesiones cutáneas que lo justifiquen y/o aparición brusca de telangiectasias verticalizadas debemos descartar una lesión ocupante de espacio intratorácica.

## Bibliografía

1. Duwe BV, Sterman DH, Musani AI. Tumours of the mediastinum. *Chest*. 2005;128:2893-909.
2. Meghani M, Siddique MN, Sicart M. Thymoma presenting as chest pain. *Am J Med Sci*. 2012;344:413.
3. Mikhail M, Mekhael Y, Mekhael T. Thymic neoplasms: A clinical update. *Curr Oncol Rep*. 2012;14:350-8.
4. Hirschmann JV, Raugi GJ. Dermatologic features of the superior vena cava syndrome. *Arch Dermatol*. 1992;128:953-6.
5. Bruno TF, Donoff M. Superior vena cava syndrome and telangiectasia in a man with lymphoma. *CMAJ*. 2007;177:1177-9.
6. Holbro A, Jauch A, Lardinoi D, Tzankov A, Dirnhofer S, Hess C. High prevalence of infections and autoimmunity in patients with thymoma. *Hum Immunol*. 2012;73:287-90.
7. Marx A, Willcox N, Leite MI, Chuang WY, Schalke B, Nix W, et al. Thymoma and paraneoplastic myasthenia gravis. *Autoimmunity*. 2010;43(5-6):413-27.
8. Lally A, Venning VJ. A unique paraneoplastic syndrome presenting in a patient with unresectable thymoma. *Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:434-5.
9. Herde M, Gambichler T, Hoffmann K, Altmeyer P, Stücker M. An extraordinary case of subcutaneous invasive thymoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16:537-8.

C. Laguna

*Departamento de Dermatología, Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva, Valencia, España*

*Correo electrónico: cecipru@comv.es*

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2014.09.009>