



QUISTE TÍMICO MULTILOCULADO EN UN PACIENTE ADULTO: PRESENTACIÓN DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Multiloculated Thymic Cyst in an Adult Patient:
Case Report and Literature Review

Laura Marcela Fino Velásquez¹
Ana María Alvarado Benavides²
Julio César Granada Camacho³
Paulina Ojeda León⁴
Jorge Alberto Carrillo Bayona⁵



Palabras clave (DeCS)

Neoplasias del timo
Quiste mediastínico
Timo
Tomografía computarizada
por rayos X

Key words (MeSH)

Thymus neoplasms
Mediastinal cyst
Thymus gland
Tomography, X-ray
computed

Resumen

Los quistes tímicos multiloculados son lesiones generalmente adquiridas, que se diagnostican de manera incidental en la mayoría de pacientes y se asocian con condiciones de naturaleza diversa, como: inflamación, infección, trauma y radioterapia. Se presenta el caso de una mujer de 55 años con un quiste tímico multiloculado, sin antecedentes de importancia o condición clínica particular al momento del diagnóstico.

Summary

Multiloculated thymic cysts are acquired lesions, diagnosed incidentally in most patients and associated with other conditions such as inflammation, infection, trauma and radiothera. We present the case of a 55-year-old woman with a multilocular thymic cyst, with no relevant history or particular clinical condition at the time of diagnosis.

Presentación del caso

Mujer de 55 años, sin antecedentes de importancia, con cuadro clínico de dos meses de tos, disnea, dolor torácico y pérdida de peso involuntaria. Al examen físico no se consignó ningún hallazgo significativo. No se documentaron anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

En la radiografía y tomografía computarizada (TC) del tórax (figura 1) se evidenció masa con bordes bien definidos, localizada en el mediastino anterior. La reso-

nancia magnética (RM) de tórax con medio de contraste (figura 2) demostró una masa triangular, de contornos lisos e intensidad de señal heterogénea, de predominio quístico, con diámetros mayores de 190 × 153 mm. En la lesión se evidenciaron bandas fibrosas y componente de baja señal mural en las secuencias con información T2 (figuras 2a y b). No se documentó infiltración de la grasa mediastinal ni de las estructuras vasculares del mediastino. La masa no realizó con la administración del medio de contraste.

¹Médico residente de Radiología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

²Médico residente de Radiología, Universidad CES. Medellín, Colombia.

Médico especialista en Cirugía de tórax, Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

³Médico especialista en Patología, Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

⁴Médico especialista en Radiología e Imágenes diagnósticas, Hospital Universitario Mayor Méderi. Bogotá, Colombia.

En cirugía se confirmó el hallazgo de masa de mediastino anterior, dependiente del timo, quística, lobulada, que englobaba (sin invadir) la vena cava superior, el pericardio, la vena innominada y el nervio frénico izquierdo (figura 3).

En el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica se encontró una lesión quística, multiloculada, revestida por epitelios plano y cúbico, sin atipia citológica, con remanente tímico en la pared e índice de proliferación celular de 0-1 % en el revestimiento epitelial del quiste. No se documentaron alteraciones del tejido adiposo adyacente a la lesión. Se confirmó el diagnóstico de quiste tímico multiloculado.

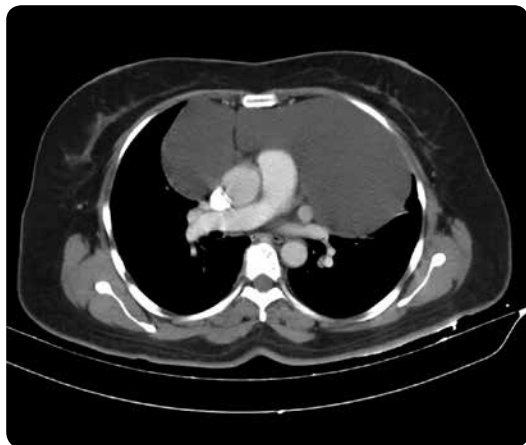
Discusión

Los quistes tímicos representan la segunda lesión quística más común del mediastino (28,6 %) y corresponden al 3-5 % de todas las masas mediastinales. La mayoría se localizan en el mediastino anterior. No obstante, se han descrito casos ubicados desde la base del cuello hasta el diafragma (1-3)

Los quistes tímicos pueden ser congénitos o adquiridos. Los congénitos son uniloculares y se originan en el remanente del conducto timofaríngeo; se caracterizan por tener la pared delgada y contenido líquido claro. Los adquiridos, generalmente, son multiloculados y se considera que pueden ser secundarios a dilatación quística de los corpúsculos de Hassall. Los quistes tímicos adquiridos se asocian con condiciones de naturaleza diversa que incluyen: infección, VIH, sífilis; enfermedad autoinmune: miastenia grave, lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren; neoplasia: timoma, carcinoma tímico, linfoma, tumor de células germinales o hiperplasia linfoide, trauma y radioterapia. Los quistes tímicos adquiridos en la mayoría de pacientes son multiloculados, con paredes gruesas y fibrosas (2-6).

El diagnóstico de quiste tímico generalmente es incidental: un porcentaje significativo de pacientes son asintomáticos. Sin embargo, las lesiones de gran tamaño pueden comprimir las estructuras adyacentes con síntomas como dolor torácico, disnea, síndrome de vena cava superior y fiebre en casos de proceso inflamatorio subyacente (5,6).

En la radiografía convencional los QT son indistinguibles de otras masas mediastinales. El ultrasonido es útil en la evaluación del timo en la población pediátrica y en casos de quiste tímico cervical (3,7-9). No obstante, la utilidad del ultrasonido es limitada en la valoración del mediastino en pacientes adultos (3,10).



La TC y la RM son los métodos de diagnóstico por imagen de elección para el estudio de los pacientes con sospecha de masa mediastinal (3,9).

Los quistes tímicos congénitos se manifiestan en TC como masas con densidad de líquido y pared fina, en ocasiones imperceptible. En RM el contenido del quiste es de baja señal en secuencias con información T1 y de alta señal en secuencias ponderadas en T2. En pacientes que cursan con complicaciones, como infección o sangrado, los quistes tímicos uniloculados pueden mostrar una densidad mayor y simular una lesión sólida. En RM los quistes complicados aparecen con intensidad de señal variable en T1.

Los quistes tímicos adquiridos tienen pared gruesa y múltiples septos de alta señal en secuencias con información T2, que pueden realzar en las secuencias con información T1 con medio de contraste (3,10-12). En algunos casos, se pueden evidenciar áreas con densidad de tejido blando que sugieren cambios inflamatorios asociados o neoplasias concomitantes, como timoma (10,9 %) o carcinoma tímico (18,2 %) (12,13). Adicionalmente, los quistes tímicos pueden tener calcificaciones en la pared (11).

En el análisis histopatológico, los quistes tímicos congénitos se caracterizan por tener una pared delgada revestida por células escamosas y tejido tímico atrófico en la periferia, sin cambios inflamatorios asociados. Los quistes tímicos adquiridos tienen una pared gruesa secundaria a infiltrado inflamatorio, contienen fluido turbio o gelatinoso y están rodeados por epitelio escamoso, cúbico o columnar que, en algunos casos, puede ser ciliado. Los septos pueden contener corpúsculos de Hassall y folículos linfoides hiperplásicos con centros germinales bien formados (12,14,15).

El análisis histopatológico es indispensable para descartar diagnósticos diferenciales que incluyen: teratoma quístico, linfangioma, hemangioma, timoma y seminoma (3,5) (tabla 1).

El tratamiento de las neoplasias quísticas del mediastino depende de la sintomatología, tamaño de la lesión y patologías asociadas. Las lesiones sintomáticas deben ser resecadas y la técnica dependerá del tamaño de la lesión. En los casos de quistes tímicos y lesión maligna concomitante, el tratamiento debe enfocarse en la neoplasia maligna (1,16,17).

El caso presentado es de interés por tratarse de un quiste tímico de gran tamaño, multiloculado, presumiblemente adquirido, sin ningún antecedente de importancia en la historia clínica o condición asociada evidente al momento del diagnóstico.

En conclusión, en el diagnóstico diferencial de las lesiones quísticas de mediastino anterior en el adulto, debe considerarse el quiste tímico.

Figura 1. TC de tórax con medio de contraste en ventana para mediastino. Masa quística en el mediastino anterior, la cual no invade las estructuras adyacentes.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de masas quísticas del mediastino anterior

Diagnóstico diferencial	Generalidades	Síntomas	Hallazgos Radiológicos
Teratoma	Adolescentes y adultos jóvenes.	Generalmente asintomático. Los síntomas son secundarios a compresión de estructuras adyacentes.	Masa de bordes bien definidos y densidad heterogénea por tejido originado en las tres capas embrionarias (tejido blando, adiposo, calcio y componente quístico).
Timoma	El 40 % de los timomas presentan degeneración quística. Quinta-sexta década de la vida. Se asocia con alteraciones inmunes (infecciones oportunistas, miastenia grave, anemia hemolítica).	Síntomas variables que dependen de la invasión del tumor y la alteración inmunológica concomitante.	Masa originada en un lóbulo, con componente sólido (nodular) y áreas de baja señal relacionadas con necrosis, hemorragia y degeneración quística, con pared gruesa y septos fibróticos. En RM, la señal del componente quístico es baja o intermedia en secuencias con información T1 y alta en secuencias con información T2. En algunos casos puede presentar diseminación pleural (timoma invasivo).
Linfangioma	El 90 % aparecen antes de los 2 años de vida. Los localizados únicamente en el mediastino son menos del 1%.	Generalmente asintomático. Se pueden complicar con infección, sangrado y ruptura, con quilotórax secundario.	Masa usualmente de origen cervical, de bordes bien definidos, lobulada, multiquística, infiltrativa, de densidad similar a la del agua, con septos que realzan mínimamente después de la administración de medio de contraste. En RM presentan señal intermedia en secuencias con información T1 y son de alta señal en secuencias con información T2.

Fuente: Vargas y colaboradores (3); Choi y colaboradores (18); Ong y Teo (19); Raad y colaboradores (20); Engels (21).

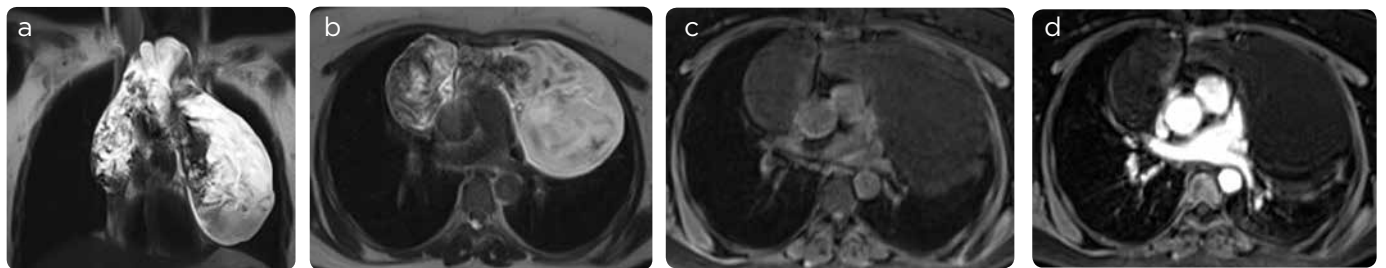


Figura 2. RM de tórax con medio de contraste. Secuencias con información T2 a) coronal y b) axial; secuencias con información T1 c) axial con saturación grasa pre y d) posterior a la administración de medio de contraste. Lesión quística, localizada en el mediastino anterior, heterogénea, con regiones de baja señal en secuencias con información T2 sugestivas de bandas fibrosas y detritos: triangular y lobulada, sugestiva de origen tímico, sin realce con el medio de contraste, restricción a la difusión ni signos de invasión a las estructuras mediastinales adyacentes.

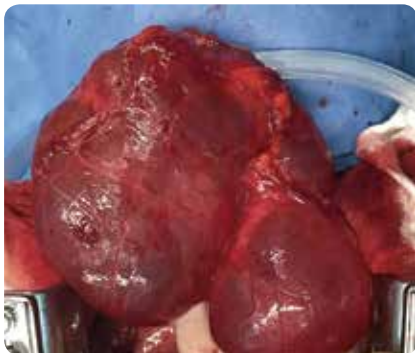


Figura 3. Pieza quirúrgica. Lesión quística dependiente del timo, lobulada, que englobaba (sin invadir) la vena cava superior, pericardio, vena innominada y nervio frénico izquierdo.

Referencias

1. Takeda SI, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaoka A, Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest*. 2003;124(1):125-32.
2. Nakamura S, Tateyama H, Taniguchi T, Ishikawa Y, Kawaguchi K, Fukui T, et al. Multilocular thymic cyst associated with thymoma: a clinicopathologic study of 20 cases with an emphasis on the pathogenesis of cyst formation. *Am J Surg Pathol*. 2012;36(12):1857-64.
3. Vargas D, Suby-Long T, Restrepo CS. Cystic lesions of the mediastinum. *Semin Ultrasound, CT MRI*. 2016;37(3):212-22.
4. Ridder GJ, Boedeker CC, Kersten AC. Multilocular cervical thymic cysts in adults. A report of two cases and review of the literature. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003;260(5):261-5.
5. Kim J, Cha EJ. A rare case of multilocular thymic cyst with follicular lymphoid hyperplasia: Radiologic and histopathologic features. *Nucl Med Mol Imaging* (2010). 2016;161-3.
6. Den Bakker MA, Oosterhuis JW. Tumours and tumour-like conditions of the thymus other than thymoma; a practical approach. *Histopathology*. 2009;54(1):69-89.
7. Han BK, Suh Y-L, Yoon H-K. Thymic ultrasound. I. Intrathymic anatomy in infants. *Pediatr Radiol*. 2001;31(7):474-9.
8. Han BK, Suh Y-L, Yoon H-K. Thymic ultrasound. II. Diagnosis of aberrant cervical thymus. *Pediatr Radiol*. 2001;31(7):480-7.
9. Shahrzad M, Le TSM, Silva M, Bankier AA, Eisenberg RL. Anterior mediastinal masses. *Am J Roentgenol*. 2014;203(2):128-38.
10. Shi X, Nasser F, Berger DM, Nachiappan AC. Large multilocular thymic cyst: A rare finding in an HIV positive adult female. *J Clin Imaging Sci*. 2012;2(3):1-4.

11. Jeung M-Y, Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, et al. Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radiographics*. 2002;22:S79-93.
12. Singhal M, Lal A, Srinivasan R, Duggal R, Khandelwal N. Thymic carcinoma developing in a multilocular thymic cyst. *J Thorac Dis*. 2012;4(5):512-5.
13. Shen X, Jin Y, Shen L, Sun Y, Chen H, Li Y. Thymoma and thymic carcinoma associated with multilocular thymic cyst: a clinicopathologic analysis of 18 cases. *Diagn Pathol*. 2018;13(1):41.
14. Izumi H, Nobukawa B, Takahashi K, Kumasaka T, Miyamoto H, Yamazaki A, et al. Multilocular thymic cyst associated with follicular hyperplasia: Clinicopathologic study of 4 resected cases. *Hum Pathol*. 2005;36(7):841-4.
15. Chaudhari J, Fernández G, Naik L, Pirosha A. Intrathyroidal multiloculated proliferating thymic cyst. *Endocr Pathol*. 2015;26(1):45-7.
16. Mizutani E, Nakahara K, Miyanaga S, Yoshiya T, Kishida Y, Tamura K. A thymic cyst in the middle mediastinum: Report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2013;19(1):43-5.
17. Constantacos C, Lawson NM, Votanopoulos KI, Olutoye O, Eldin KW, Feigin RD. Giant thymic cyst in left lower hemithorax of a healthy teenaged athlete. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2007;134(5):1373-4.
18. Choi YW, Mcadams HP, Hong EK, Kim Y, Im J, Lee SR. Histopathologic correlation. *AJR Am J Roentgenol*. 2001;177(4):881-5.
19. Ong CC, Teo LLS. Imaging of anterior mediastinal tumours. *Cancer Imaging*. 2012;12(3): 506-15.
20. Raad RA, Suh J, Ko JP. Case of the season: Cystic thymoma. *Semin Roentgenol*. 2013;48(4):290-4.
21. Engels EA. Epidemiology of thymoma and associated malignancies. *JTO Acquis*. 2010;5(10):S260-5.

Correspondencia

Jorge Alberto Carrillo Bayona
Departamento de Radiología
Hospital Universitario Mayor Méderi
Bogotá, Colombia
jorcarbay@hotmail.com

Recibido para evaluación: 15 de septiembre de 2018

Aceptado para publicación: 30 de noviembre de 2018