

**CASO CLINICO**

**NO TODO ES LO QUE PARECE: QUISTE MEDIASTINAL  
TÍMICO UNILOCLAR, REPORTE DE CASO CLINICO**

**NOT EVERYTHING IS AS IT SEEMS: UNILOCLAR THYMIC  
MEDIASTINAL CYST, CLINICAL CASE REPORT**

Marcel Leonardo Quintero Contreras<sup>1</sup>, Mónica Kathalina Rodríguez Perdomo<sup>2</sup>,  
Santiago Uzcátegui Parra<sup>3</sup>.

**RESUMEN:**

Los quistes mediastínicos primarios son lesiones malformativas benignas que representan entre el 12% al 30% de las lesiones del mediastino dentro de los cuales los quistes tímicos son extremadamente raros. Estos quistes suelen ser hallazgos incidentales hasta que por sus características represente algún componente clínico patológico que suelen ser causa de estudio o preocupación por su semejanza son entidades malignas y benignas. Se presenta un caso clínico de un quiste mediastinal de localización superior y medio que ocupaba gran parte de la ventana intertraqueo cava y desplazaba estructuras adyacentes en una paciente en quien inicialmente se sospechó una lesión ocupante de espacio de origen tumoral. Se sometió a resección quirúrgica exitosa del quiste por toracoscopia. El estudio citológico reportó el contenido como liquido turbio, extendido hemorrágico con abundantes células de aspecto hemato linfoide, algunos de tipo polimorfonuclear neutrófilo y en la biopsia se evidenció tejido de consistencia cauchosa con pared del quiste con revestimiento focal de epitelio plano sin atipia que requirió inmunohistoquímica para clasificación

---

<sup>1</sup> Cirujano de Tórax, Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano INTÓRAX, miembro del Comité Departamental de Cáncer de Pulmón de Norte de Santander CDCP, Hospital Universitario Erasmo Meoz.

<sup>2</sup> Médico general, Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano INTÓRAX, miembro del Comité Departamental de Cáncer de Pulmón de Norte de Santander, CDCP.

<sup>3</sup> Médico general, Instituto de Enfermedades del Tórax del Nororiente Colombiano INTÓRAX, miembro del Comité Departamental de Cáncer de Pulmón de Norte de Santander, CDCP.

Cómo citar este artículo: Quintero-Contreras Marcel, Rodríguez-Perdomo Mónica, Uzcátegui-Parra Santiago. No todo es lo que parece: quiste mediastinal tímico unilocular, reporte de caso clínico. Revista Ciencias Básicas en Salud. 2023,1 (1):21-32.

definitiva cuyo diagnóstico anatomopatológico final consistió en un quiste tímico unilocular.

**PALABRAS CLAVES:** Quiste mediastínico, quiste broncogénico, Neoplasias del Mediastino

**ABSTRACT:**

Primary mediastinal cysts are benign malformative lesions that represent between 12% and 30% of mediastinal lesions within which thymic cysts are extremely rare. These cysts are usually incidental findings until due to their characteristics they represent some clinical-pathological component that is usually the cause of study or concern due to their similarity between malignant and benign entities. We present a clinical case of a mediastinal cyst located upper and middle that occupied a large part of the intertracheo cava window and displaced adjacent structures in a patient in whom a space-occupying lesion of tumor origin was initially suspected. She underwent successful surgical resection of the cyst by thoracoscopy. The cytological study reported the content as cloudy liquid, hemorrhagic spread with abundant cells with a hematomorphoid appearance, some of the polymorphonuclear neutrophil type and in the biopsy evidenced rubbery tissue with a cyst wall with a focal lining of squamous epithelium without atypia that required immunohistochemistry to definitive classification whose final anatomopathological diagnosis consisted of a unilocular thymic cyst.

**KEY WORDS:** Mediastinal Cyst, Bronchogenic Cyst, Mediastinal Neoplasms

**INTRODUCCIÓN:**

Los quistes mediastínicos primarios llegan a representar entre el 12% al 30% de las lesiones del mediastino. Su etiología principal es congénita y en menor medida adquiridos durante

la vida. Son lesiones mal formativas consideradas benignas que varían de características según su origen tisular. Dentro de los tipos existentes, los más comunes son los quistes broncogénicos en un 40%,

Cómo citar este artículo: Quintero-Contreras Marcel, Rodríguez-Perdomo Mónica, Uzcátegui-Parra Santiago. No todo es lo que parece: quiste mediastinal tímico unilocular, reporte de caso clínico. Revista Ciencias Básicas en Salud. 2023,1 (1):21-32.

pleuropericárdicos 20%, entéricos 10%, en muy escasa frecuencia los quistes tímicos y mullerianos. (Syred, 2020) (Cooley-Riders, 2022)

Las manifestaciones clínicas son muy floridas a pesar de que en su mayoría son asintomáticos. El síntoma más típico es el dolor, el cual suele ser retroesternal con irradiación al dorso, espalda, de tipo erosivo óseos, neurálgico o braquiálgico. Otras manifestaciones poco frecuentes resultan de la ubicación y la compresión de la circulación venosa de retorno ocasionando edema de cuello, cara, inflamación, turgencia de las venas en la base de la lengua que aumenta al hablar, toser, deglutir o al inclinar la cabeza y el tórax hacia adelante. Otros signos tardíos e infrecuentes son la cianosis y la circulación colateral en la región anterotorácica, hombro y base del cuello. El cuadro clínico respiratorio puede darse como tos seca y disnea con predominio inspiratorio. Los síntomas digestivos suelen ser atribuibles a la compresión del esófago como la disfagia casi siempre tardía, intermitente y a veces

paradójica. (Syred, 2020) (Cooley-Riders, 2022) (Keita, 2020)

Una vez se sospecha de una lesión mediastinal, la tomografía computarizada y la resonancia magnética se utilizan para evaluar características. En las tomografías computarizadas, los quistes mediastínicos aparecen como lesiones esféricas bien delimitadas de contenido acuoso e intensidad atenuada, uniloculares y de paredes delgadas, pero en ocasiones pueden presentar tabiques y engrosamiento de la pared. Además, los cambios inflamatorios secundarios pueden provocar calcificaciones en las paredes del quiste. En la resonancia magnética, los quistes mediastínicos suelen tener intensidad de señal baja en las imágenes ponderadas en T1 e intensidad de señal alta en las imágenes ponderadas en T2. (Park, 2021) (Le Pimpec-Barthes, 2010) (Hsu, 2022)

Se ha descrito como indicación quirúrgica de resección a los pacientes cuyos síntomas se correlacionen con los hallazgos radiológicos del quiste mediastinal, si

existe compresión de las estructuras adyacentes o sospecha de malignidad. (Cooley-Riders, 2022) (Park, 2021) (Le Pimpec-Barthes, 2010)

Los quistes tímicos y paratiroideos provenientes del desarrollo de la tercera y cuarta bolsa faríngea antes de migrar ventral y caudalmente detrás de la glándula tiroides y los músculos esternocleidomastoideos. Ronald Seltzer médico radiólogo fue el primero en describir los quistes tímicos en 1968. Durante el periodo embrionario el timo surge de la tercera bolsa faríngea durante la sexta semana de gestación y luego desciende fusionándose en la línea media a su posición adecuada en la parte anterior del tórax proceso durante el cual puede implantarse tejido tímico ectópico en cualquier lugar desde el hioides hasta el diafragma, siendo la ubicación anterior la más común. Los quistes tímicos se pueden presentar a cualquier nivel desde la base de cuello al diafragma y presentar tamaños desde 1 a 18 cm de dimensión máxima, con superficie exterior lisa, pared delgada fibrosa o

gruesa y compacta. Estos quistes pueden ser uniloculares, multiloculares, congénitos o adquiridos. Respecto al contenido, los quistes tímicos uniloculares suelen tener su contenido seroso y los multiloculares varía de claro, acuoso a turbio o hemorrágico. En cuanto al examen microscópico la pared de los quistes tímicos uniloculares suele ser delgada con revestimiento de células planas, cubicas, columnares o epitelio escamoso estratificado mientras que los multiloculares con más complejos con cambio inflamatorios floridos tipo fibrosis, infiltrado de células inflamatorias crónicas, folículos linfoides reactivos, granulomas y tejido de granulación, revestidos por un epitelio escamosos o cubico a columnar sin atipia citológica. (Syred, 2020) (Cooley-Riders, 2022)

Los quistes congénitos tienden a ser uniloculares y los inflamatorios suelen ser multiloculares, aunque no en todos los casos se cumple esta regla. Es importante recalcar que los quistes multiloculares se pueden asociar con mayor frecuencia a neoplasias tímicas, tumores de células

germinales del mediastino y linfomas, por lo que una evaluación cuidadosa de la lesión es importante para excluir estos diagnósticos. Este tipo de quistes pueden causar síntomas compresivos llegando a requerir resección quirúrgica debido a que estas lesiones pueden continuar aumentando de tamaño y causar síntomas compresivos. Como método quirúrgico la toracotomía o esternotomía es el estándar de atención debido a que incluyen mayor visibilidad y accesibilidad en caso de lesiones en estructuras cercanas con la desventaja de dolor posoperatorio y mayor estancia intrahospitalaria, sin embargo, se ha demostrado que la cirugía toracoscópica video asistida de 3 puertos o unipuerto es segura y eficaz para los quistes en los tres compartimientos del mediastino. Las ventajas de la cirugía toracoscópica incluyen disminución del dolor, menor estancia hospitalaria y morbilidad. (Park, 2021) (Le Pimpec-Barthes, 2010) (Hsu, 2022)

### **CASO CLINICO:**

Paciente femenina de 55 años con antecedente de exposición a biomasa

y bioquímicos, quien consultó al servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor torácico de 2 días de evolución que se irradiaba a espalda en región interescapular, de intensidad 8/10 en escala análoga del dolor, el cual incrementaba con la inspiración y al realizar movimientos bruscos o alzar objetos. Durante el ingreso se realizaron paraclínicos y laboratorios complementarios los cuales reportaron dentro de parámetros normales. En la radiografía inicial se evidenció opacidad torácica a nivel del lóbulo superior medio del campo pulmonar derecho, índice cardiorácico normal, reja costal normal por lo que se interpretó como posible lesión ocupante de espacio derecho en lóbulo medio y segmento anterior del lóbulo superior por lo cual solicitaron valoración por el servicio cirugía de tórax.

Como parte del abordaje de lesiones torácicas se solicitó estudios imagenológicos complementarios y se descartaron etiologías infecciosas. La tomografía de tórax simple y contrastada indicó imagen compatible con diagnóstico de quiste mediastinal

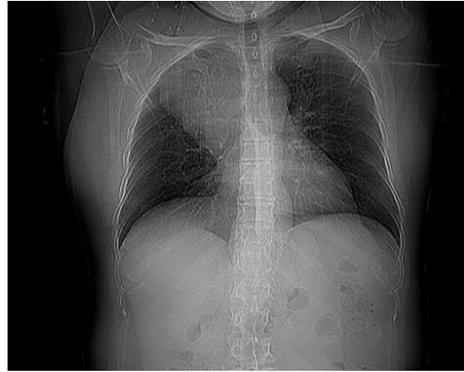
con formación hiperdensa que ocupa mediastino superior y medio con gran parte de la ventana intertraqueo cava, de bordes bien definidos, diámetro de 81 x 81 x75 mm, no capta contraste yodado endovenoso y con densidad de líquido compatible con quiste mediastinal (Figura 1 y 2). La resonancia magnética del tórax evidenció la presencia de lesión hipodensa en secuencia con información T1 e hiperintensa en secuencia con información T2, sin contenido hemorrágico ni proteínico en su interior, sin focos de restricción en las secuencias de difusión ni realce con el contraste, que se localiza en el mediastino anterior-medio, desplazando las estructuras vasculares de la vena cava superior en sentido lateral derecho y la vena innominada en sentido superior y anterior, con dimensiones aproximadas de 65 x 84 x 83 mm y un volumen de 235 CC, sin que se demuestre contenido graso intralesional ni septos, no aparenta comunicación con el árbol traqueal compatible con masa quística de aspecto benigno localizada en el mediastino anterior-medio. Ante los

hallazgos se indicó manejo quirúrgico para resección de lesión mediastinal por toracoscopia previa valoración preanestésica por lo cual se indicó biopsia guiada por radiología intervencionista y estudio de patología cuyos hallazgos citológicos fueron compatibles con contenido quístico.

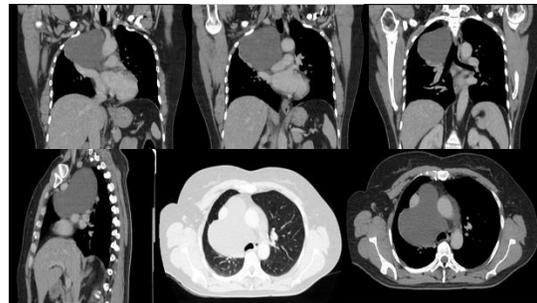
### **MANEJO TERAPEUTICO**

Durante el procedimiento quirúrgico (Figura 3) se procedió a estudio fibrobroncoscópico vía tubo orotraqueal donde se encontró árbol traqueobronquial sin lesiones endobronquiales o sangrado, tubo orotraqueal supracarinal. Se procedió a incisión en octavo espacio intercostal con línea axilar media por planos a cavidad pleural, se introdujo trocar y cámara de video, visualizando la presencia de lesión quística gigante en mediastino visceral con capsula delgada en estrecha relación con confluente cavo ácigos, adherencias pleurales a parénquima pulmonar adyacente con pleural parietal congestiva. Se procedió a pleurectomía parietal para liberación pleural y mediastinal. Posteriormente se accedió por paralelismo a abordaje

mediastinal donde se realizó drenaje de quiste y posterior resección de este (Figura 3), cuyo contenido fue de características cetrinas. Se presentó ruptura de vena ácigos a la disección del quiste presentándose sangrado requiriendo sección y ligadura de la misma. Finalmente, se realizó bloqueo intercostal toroscópico con colocación de tubo de tórax 32 F, se fijó y conectó a sistema de drenaje pleural. Los resultados postquirúrgicos inmediatos durante el primer día de estancia posoperatoria consistieron en dolor torácico modulado, así como escaso drenaje por sistema drenaje pleural. Al tercer día, habiéndose presentado una evolución clínica favorable se dio alta hospitalaria sin complicaciones, solicitando manejo interdisciplinario por equipo de rehabilitación de pared del tórax. Durante el control ambulatorio a las 3 semanas, asiste la paciente con dolor en mejoría, sin disnea ni otras alteraciones, con planos pulmonares sin alteración y heridas en buen estado.



*Figura 1. Vista preliminar de tomografía computarizada del tórax. Hallazgos: opacidad torácica a nivel del lóbulo superior y medio del campo pulmonar derecho, índice cardior torácico normal, reja costal normal.*



*Figura 2. Cortes coronales, sagitales y axiales de tomografía computarizada del tórax con hallazgos de masa mediastinal con formación hiperdensa que ocupa mediastino superior y medio con gran parte de la ventana intertraqueo cava, de bordes bien definidos, diámetro de 81 x 81 x 75 mm, no capta contraste yodado endovenoso y con densidad de líquido compatible con quiste mediastinal.*

*Figura 3. Quiste mediastinal derecho, desplaza pleura y nervio frenico.*



*Figura 4. Pieza quirúrgica extirpada de quiste mediastinal.*



El informe de anatomía patológica de la lesión (Figura 4) consistió en:

Estudio citológico: líquido turbio, cantidad aproximada de 40 cc. Extendido hemorrágico con abundantes células de aspecto hematolinfoide, algunos de tipo polimorfonuclear neutrófilo y otros de aspecto linfoide. Coloración de Ziehl

Neelsen negativo para bacilos ácido alcohol-resistentes.

Biopsia: Fragmento irregular de tejido de color blanco de consistencia cauchosa que mide 6 x 5 x 0.1 cm. Pare de quiste con revestimiento focal por epitelio plano sin atipia con tejido linfoide reactivo adherido que requiere inmunohistoquímica clasificación definitiva. Se requiere inmunohistoquímica con CD34, CD31, D2 40, CALRETININA, CKAE1/AE3, ACTINA MUSCULAR LISA.

Estudio de inmunohistoquímica: Estudio de fragmentos de pared de quiste con revestimiento epitelial sin atipia, tejido fibrocolagenoso denso con inflamación crónica linfoide y presencia de folículos. No hay presencia de mitosis, necrosis ni atipia. En el estudio complementario se observa CD31, CD34 y D240 reactivos en las estructuras vasculares. AML reactivo en la pared de la lesión. Negatividad con CALRETININA y AE1/AE3.

Diagnóstico anatomopatológico: Quiste tímico unilocular.

## CONCLUSIONES

Los quistes mediastinales son entidades poco frecuentes que requieren un amplio muestreo y sospecha clínica para determinar su origen benigno o maligno. El diagnóstico imagenológico por tomografía computarizada y resonancia magnética permitió determinar la composición quística clásica y descartar otras entidades patológicas. La resección quirúrgica por toracoscopia es el tratamiento de elección recomendado en la literatura por sus excelentes resultados a largo plazo con mínima morbimortalidad.

## REFERENCIAS

Álvarez Z, C., Riveros S, P., Miranda T, R., & Yarur V, O. (2007). Quiste hidatídico mediastínico: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista chilena de infectología*, 24(2), 149-152. <https://dx.doi.org/10.4067/S07110182007000200010>

Barrios, P., & Avella Patino, D. (2022). Surgical indications for mediastinal cysts-a narrative review. *Mediastinum (Hong Kong, China)*, 6, 31.

Cómo citar este artículo: Quintero-Contreras Marcel, Rodríguez-Perdomo Mónica, Uzcátegui-Parra Santiago. No todo es lo que parece: quiste mediastinal tímico unilocular, reporte de caso clínico. *Revista Ciencias Básicas en Salud*. 2023, 1 (1):21-32.

<https://doi.org/10.21037/med-22-27>

Chen, F., Bando, T., Hanaoka, N., Terada, Y., Ike, O., Wada, H., & Hitomi, S. (1999). Mediastinal thoracic duct cyst. *Chest*, 115(2), 584–585.

<https://doi.org/10.1378/chest.115.2.54>

Ceniceros-Cabrales, A. P., & Sánchez Fernández, P. (2018). Esophageal bronchogenic cyst: an uncommon cause of dysphagia in adults. Case report and literature review. *Cirugía y Cirujanos*, 86(2), 187-190.

Cooley-Rieders, K., & Van Haren, R. M. (2022). Mediastinal thymic cysts: a narrative review. *Mediastinum (Hong Kong, China)*, 6, 33.

<https://doi.org/10.21037/med-22-25>

Hsu, D. S., Banks, K. C., & Velotta, J. B. (2022). Surgical approaches to mediastinal cysts: clinical practice review. *Mediastinum (Hong Kong, China)*, 6, 32.

<https://doi.org/10.21037/med-22-20>

Keita, I. K., Nazario-Dolz, A. M., Falcón-Vilariño, G. C., Castillo-Toledo, L., Rodríguez-Fernández, Z., & Romero-García, L. I. (2020).

Consideraciones en torno a los tumores del mediastino. Revista Colombiana de Cirugía, 35(3), 472-482. Epub February 09, 2021. <https://doi.org/10.30944/20117582.46>

0

Le Pimpec-Barthes, F., Cazes, A., Bagan, P., Badia, A., Vlas, C., Hernigou, A., Pricopi, C., & Riquet, M. (2010). Les kystes du médiastin: approche diagnostique et traitement [Mediastinal cysts: clinical approach and treatment]. Revue de pneumologie clinique, 66(1), 52–62.

<https://doi.org/10.1016/j.pneumo.200.>

12.009

Mlika, M., Abdennadher, M., Ayadi, R., Braham, E., Ismail, O., Marghli, A., & Mezni, F. (2022). Mediastinal cysts: a 52-case retrospective study. La Tunisie medicale, 100(1), 44–48.

Moreira, N., Musacco, A., & Vázquez, H. (2015). Quiste mediastinal: Una colección líquida paracardíaca no siempre es pericárdica. Revista Uruguaya de Cardiología, 30(1), 85-88. <http://www.scielo.edu.uy/scielo.ph?>

[script=sci\\_arttext&pid=S1688-](http://www.scielo.edu.uy/scielo.ph?script=sci_arttext&pid=S1688-)

[04202015000100014&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.ph?script=sci_arttext&pid=S1688-04202015000100014&lng=es)

Park, J. W., Jeong, W. G., Lee, J. E.,

Cómo citar este artículo: Quintero-Contreras Marcel, Rodríguez-Perdomo Mónica, Uzcátegui-Parra Santiago. No todo es lo que parece: quiste mediastinal tímico unilocular, reporte de caso clínico. Revista Ciencias Básicas en Salud. 2023,1 (1):21-32.

Lee, H. J., Ki, S. Y., Lee, B. C., Kim, H. O., Kim, S. K., Heo, S. H., Lim, H. S., Shin, S. S., Yoon, W., Jeong, Y. Y., & Kim, Y. H. (2021). Pictorial Review of Mediastinal Masses with an Emphasis on Magnetic Resonance Imaging. Korean journal of radiology, 22(1), 139–154.

<https://doi.org/10.3348/kjr.2019.0897>

Syred, K., & Weissferdt, A. (2020). Non-Neoplastic Mediastinal Cysts. Advances in anatomic pathology, 27(5), 294–302.

<https://doi.org/10.1097/PAP.00000000>

0000261

Villafuerte Delgado, D., González Villafuerte, D. L., & Díaz Yanes, N. M. (2021). Quiste pleuropericárdico: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista Finlay, 11(3), 334-340. Epub 30 de septiembre de 2021. Recuperado en 25 de agosto de 2023, De

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?s>

[script=sci\\_arttext&pid=S2221-](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-)

[24342021000300334&lng=es&](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300334&lng=es&)

[t lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300334&lng=es&lng=es)