

Timoma con presentación radiológica sugestiva de quiste hidatídico

Andrea Alonso-Campana¹ , Sonia Córdoba-Bueno², Clara Nuevo-Gallardo¹, José Miguel Rojo-Pérez¹

¹Cardiología, Complejo hospitalario universitario de Badajoz, España

²Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, España

Recibido: 02/05/2026

Aceptado: 19/07/2026

En línea: 31/08/2026

Citar como: Alonso-Campana A, Córdoba-Bueno S, Nuevo-Gallardo C, Rojo-Pérez JM. Timoma con presentación radiológica sugestiva de quiste hidatídico. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 68-71. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a8>.

Cite this as: Alonso-Campana A, Córdoba-Bueno S, Nuevo-Gallardo C, Rojo-Pérez JM. Thymoma with radiological presentation suggestive of a hydatid cyst. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 68-71. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a8>.

Autora para correspondencia: Andrea Alonso-Campana. andrea.alonso@salud-juntaex.es

Palabras clave

- ▷ timoma
- ▷ timo
- ▷ pericarditis
- ▷ dolor torácico
- ▷ disnea

Keywords

- ▷ thymoma
- ▷ thymus
- ▷ pericarditis
- ▷ chest pain
- ▷ dyspnea

Resumen

Los timomas son neoplasias poco frecuentes del epitelio tímico con presentación clínica variable, desde formas asintomáticas hasta síntomas por compresión o síndromes paraneoplásicos. Su diagnóstico puede ser complejo, ya que pueden simular otras entidades mediastínicas, especialmente lesiones quísticas como quistes hidatídicos, broncogénicos o pericárdicos. Se presenta el caso de un varón joven con clínica compatible con pericarditis aguda, en el que las pruebas de imagen sugirieron inicialmente una lesión quística. La resección quirúrgica y el estudio anatomopatológico confirmaron un timoma en estadio inicial. Este caso resalta la importancia del diagnóstico diferencial y de la confirmación histológica.

Abstract

Thymomas are rare epithelial tumors of the thymus with a highly variable clinical presentation, ranging from asymptomatic cases to symptoms due to local compression or paraneoplastic syndromes. Their diagnosis can be challenging, as they may mimic other mediastinal entities, particularly cystic lesions such as hydatid, bronchogenic, or pericardial cysts. We present the case of a young man with clinical features consistent with acute pericarditis, in whom imaging studies initially suggested a cystic lesion. Surgical resection and histopathological analysis ultimately confirmed an early-stage thymoma. This case highlights the importance of differential diagnosis and the need for histological confirmation.

Puntos destacados

- ▷ Los timomas son entidades diagnósticas poco frecuentes en la edad adulta.
- ▷ El estudio anatomopatológico es imprescindible para el diagnóstico de estas entidades ya que las pruebas de imagen pueden sugerir diagnósticos erróneos.

Introducción

El timo es el principal órgano linfoide responsable de la maduración de los linfocitos T. En él se produce la activación e inactivación de los linfocitos T en desarrollo para conseguirse una adecuada maduración de la inmunidad central¹. Los timomas son neoplasias que originadas en las células epiteliales del timo y constituyen menos del 1 % de los cánceres en el adulto. Presentan una sintomatología variable, desde hallazgos incidentales hasta síntomas derivados de la compresión de estructuras mediastínicas o síndromes paraneoplásicos, especialmente miastenia gravis¹.

El diagnóstico inicialmente es realizado mediante pruebas de imagen, principalmente tomografía computarizada y resonancia magnética, aunque en

ocasiones las características radiológicas pueden simular otras entidades mediastínicas dificultando el diagnóstico definitivo². La confirmación diagnóstica requiere estudio anatomopatológico. El tratamiento de elección en estadios iniciales es la resección quirúrgica completa, reservándose radioterapia y quimioterapia para enfermedad avanzada o resecciones incompletas³. Presentamos un timoma inicialmente interpretado como quiste hidatídico durante el estudio de una pericarditis aguda.

Caso clínico

Antecedentes y enfermedad actual

Varón de 26 años, sin antecedentes de interés, alergias, hábitos tóxicos ni tratamiento habitual, acudió a Urgencias por dolor epigástrico y en hemitórax derecho de características pleuríticas, con empeoramiento en decúbito y mejoría en sedestación. Refería disnea progresiva de años de evolución no estudiada. Negaba fiebre termometrada en domicilio, síntomas infecciosos, palpitaciones o síncope. Como antecedente epidemiológico, convivía con un perro en un entorno rural.

Exploración física

Presentaba temperatura de 37,8 °C, tensión arterial de 117/80 mmHg, frecuencia cardíaca de 100 lpm y saturación basal de oxígeno del 97 %. Se encontraba con buen estado general, consciente y orientado.

La auscultación cardíaca y la exploración abdominal fueron anodinas. En la auscultación pulmonar se objetivó hipofonesis en base pulmonar derecha.

Pruebas complementarias

Las características del dolor torácico hicieron sospechar pericarditis aguda que junto a la presencia de hipofonesis unilateral en hemitórax derecho; motivó a iniciar estudio.

La analítica realizada mostró leucocitosis de $16,61 \times 10^9/L$ con neutrofilia, sin otras alteraciones relevantes. PCR de virus respiratorios negativa.

El electrocardiograma (**figura 1**) evidenció ritmo sinusal con descenso difuso del segmento PR y elevación cóncava del ST en cara inferior y derivaciones precordiales izquierdas.

La radiografía de tórax (**figura 2**) mostró una gran lesión ocupante de espacio en hemitórax derecho asociada a atelectasia del lóbulo inferior derecho, segmento ST de forma cóncava.

Ante el hallazgo presentado en la radiografía de tórax y ante la sospecha de que pudiese tratarse de un proceso neoplásico se decidió ingreso hospitalario para continuar el estudio.

En planta de hospitalización se realizó tomografía computarizada torácica (**figura 3**), que identificó una lesión quística de 16x14x15 cm con contenido heterogéneo, componente sólido y calcificaciones lineales en su interior. La morfología de la lesión orientó hacia quiste hidatídico, aunque no permitía descartar completamente una etiología tumoral. Se observó derrame pericárdico moderado y leve derrame pleural derecho. Sin lesiones en otras localizaciones.

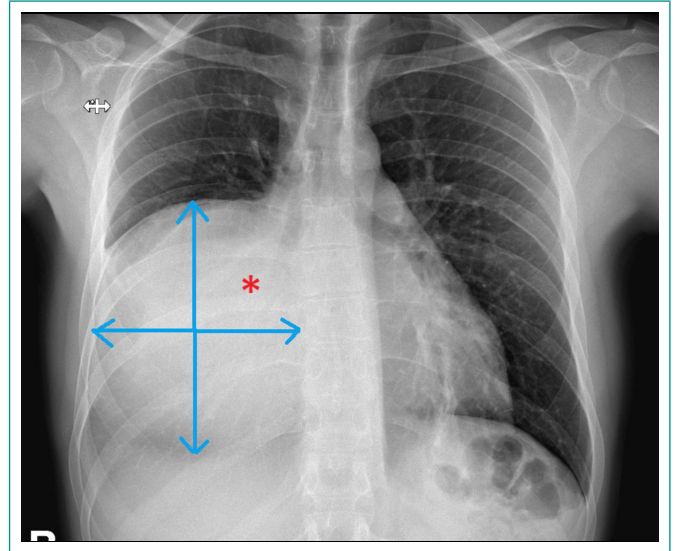


Figura 2. Radiografía de tórax. Las flechas azules delimitan masa de gran tamaño localizada en hemitórax derecho. El asterisco en rojo muestra zona de atelectasia del LID.

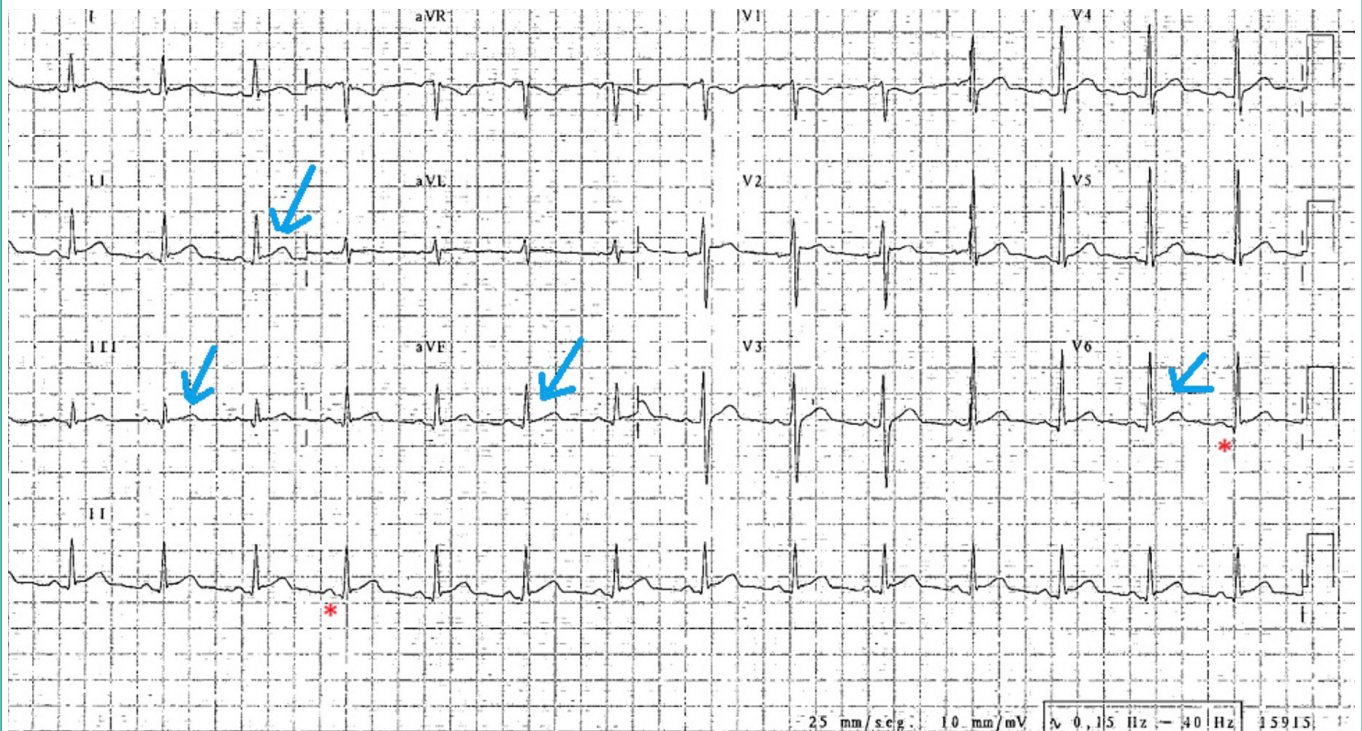


Figura 1. Electrocardiograma. Se señala con asteriscos rojos las derivaciones en las que se hace más evidente el descenso del segmento PR y con flechas azules aquellas en las que se aprecia elevación del segmento ST de forma cóncava.

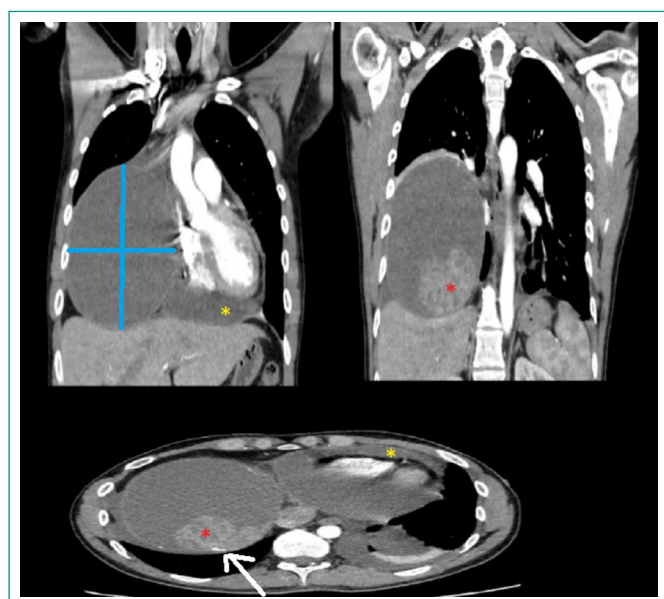


Figura 3. TAC de tórax. Planos sagital y transverso. Se muestra lesión quística de gran tamaño (flechas azules) con contenido heterogéneo en su interior (asterisco rojo) y calcificaciones (flecha blanca). Además, presencia de derrame pericárdico moderado (asterisco amarillo).

Ante la presencia de derrame pericárdico moderado y al no ser la tomografía computarizada la mejor prueba para valorar la cuantía de estos se realizó ecocardiograma que confirmó derrame pericárdico moderado sin compromiso hemodinámico y ausencia de cardiopatía estructural.

Con el objetivo de caracterizar mejor la lesión y valorar posible infiltración de estructuras adyacentes, se realizó resonancia magnética (figura 4), que confirmó la presencia de una masa quística localizada en lóbulo inferior derecho, con contenido heterogéneo sugestivo de quiste hidatídico con vesículas en su interior.

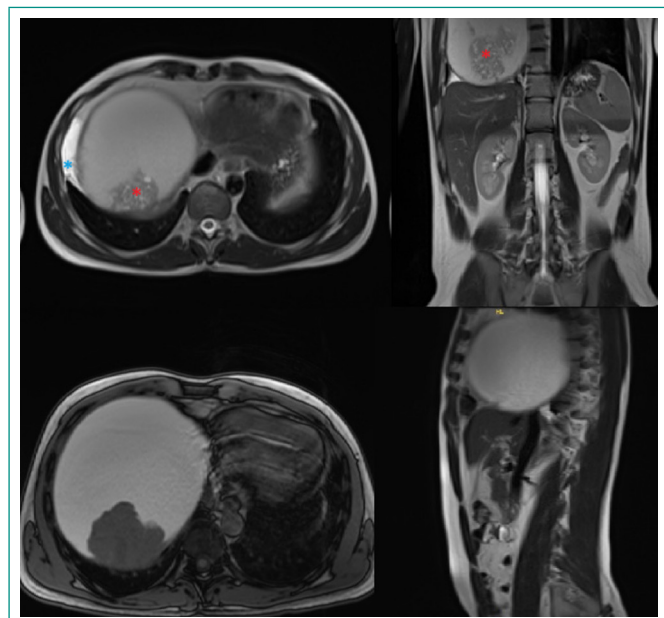


Figura 4. Resonancia magnética. Planos transversales (con secuencias potencias en T2 y T1) y planos sagital y frontal con secuencia potenciada en T2. Se muestra lesión quística de gran tamaño de contenido hiperintenso en T2 con imagen irregular de predominio hipointenso (asterisco rojo) que podría relacionarse con vesículas en el interior de un quiste hidatídico. Se observa también derrame pleural derecho de escasa cuantía (asterisco azul). Se observa ausencia de lesiones a nivel hepático.

Evolución

Se realizó el diagnóstico de pericarditis por dolor típico, alteraciones electrocardiográficas y derrame pericárdico. Pese a que las pruebas de imagen apoyaban el diagnóstico de quiste hidatídico, el tamaño de la lesión, componente sólido en su interior, ausencia de lesiones a nivel hepático y la asociación de derrame pericárdico hicieron que persistiesen dudas de que nos encontrásemos ante un proceso neoplásico.

Dado lo anteriormente expuesto, y a que el tratamiento de los quistes hidatídicos de tamaño superior a 10 cm es quirúrgico, se planteó la escisión quirúrgica de la masa prescindiendo de la realización de serología hidatídica y marcadores de tumores germinales con la expectativa de que el estudio anatomopatológico proporcionase el diagnóstico definitivo.

Se realizó resección quirúrgica completa de la masa mediante toracotomía posterolateral, hallándose la lesión en mediastino medio con adherencias a ambos pulmones. El estudio anatomopatológico posterior confirmó un timoma tipo B1 (40%) y B2 (60%) según la clasificación de la OMS, estadio pT1a, Masaoka I; sin afectación de bordes quirúrgicos. El estudio inmunohistoquímico resultó positivo para p40, p63, CK19 en el componente neoplásico epitelial, con negatividad frente a CD5 y CD117. El componente linfocítico no neoplásico resultó positivo para CD3, TdT, CD99 y negatividad frente CD20. La evolución postoperatoria fue favorable y, dado el estadio inicial y la resección completa de la lesión, no se consideró necesario tratamiento adyuvante tras valoración por Oncología.

Diagnóstico

Timoma B1 (40 %) y B2 (60 %), pT1a, estadio de Masaoka I. Pericarditis aguda.

Discusión

En cuanto a los síntomas presentados por el paciente, si bien la pericarditis y el derrame pericárdico pueden aparecer como manifestación paraneoplásica de este tipo de tumores, pueden también hallarse como consecuencia de otros procesos que causen inflamación. Una vez conocido el diagnóstico y tras realizar estudio serológico que descartase origen vírico de la pericarditis se interpretó ambos como efecto paraneoplásico del tumor.

Sobre la disnea presentada por el paciente, es conocido que los timomas pueden causarla por diversos mecanismos: efecto masa, efecto de la debilidad de los músculos respiratorios en pacientes que desarrollan miastenia *gravis*, neumonías de repetición, desarrollo de derrame pleural importante o asociación con trastornos hematológicos como la aplasia de células rojas^{3,4}. En este paciente se propuso el efecto masa del tumor como mecanismo ya que no presentaba ninguna de las otras opciones.

Pruebas de imagen como el TC o la resonancia magnética forman parte del proceso diagnóstico de estos tumores debido a la información que proporcionan: Tamaño, extensión, infiltración a otras estructuras e incluso en algunos casos diferenciar entre malignidad y benignidad⁵.

Estas técnicas pueden no proporcionar el diagnóstico final, como ha quedado presente con este caso. Por ello, el diagnóstico final precisará del estudio anatomopatológico, que además permitirá su clasificación y pronóstico. Para ello se utilizan: la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, que los divide según el tipo celular que presente el tumor, y la de Masaoka, que tiene en cuenta aspectos macroscópicos y de invasión a otras estructuras³. En nuestro caso fue clasificado como timoma cortical (clasificación de la OMS B1 y B2) y estadio I de Masaoka (tumor encapsulado sin infiltración capsular).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE MASAS TORACICAS DE ASPECTO					
Lesión	Localización típica	Hallazgos en TC	Hallazgos en RM	Hallazgos anatomopatológicos	Claves diferenciales
Quiste hidatídico	Parénquima pulmonar (más frecuente en lóbulos inferiores); puede ser mediastínico excepcionalmente.	Lesión quística bien delimitada, homogénea y de densidad líquida. Cuando se rompe: signo del menisco, membranas desprendidas, nivel hidroaéreo. Puede haber quistes hijos.	T1: Hipointenso. Ocasionalmente hiperintenso si contenido proteináceo o infección. T2: Marcadamente hiperintenso. Anillo periférico hipointenso en T2 (periquiste fibroso) Membranas desprendidas visibles como bandas serpiginosas hipointensas. Quistes hijos con patrón multivesicular. Sin realce interno; puede haber leve realce periférico inflamatorio.	Pared acelular laminada eosinófila (ectoquiste), membrana germinal interna y posible presencia de protoescolices o ganchos. Reacción granulomatosa e inflamatoria periférica si existe rotura.	Contexto epidemiológico compatible. Membranas desprendidas y quistes hijos son altamente sugestivos. Calcificación más frecuente en lesiones hepáticas que pulmonares.
Quiste broncogénico	Mediastino medio (paratraqueal, subcarinal) o intrapulmonar.	Lesión redondeada bien delimitada. Densidad líquida o elevada por contenido mucinoso/proteico, simulando masa sólida. Ausencia de realce significativo.	T2: Muy hiperintenso. T1: Variable; frecuentemente hiperintenso cuando existe mucina espesa o contenido proteináceo. Puede mostrar falsa restricción en difusión por alta viscosidad. No realce del contenido; ocasional captación fina de la pared.	Revestimiento por epitelio respiratorio cilado pseudoestratificado. Frecuentes cartilago, músculo liso y glándulas mucosas en la pared.	«Tumor sólido»
Quiste pericárdico	Ángulo cardiopulmonar derecho (70 %); menos frecuente izquierdo.	Lesión homogénea de densidad agua, unilocular, adyacente al pericardio. Sin realce ni componente sólido.	T1: Hipointenso. T2: Hiperintenso. Pared imperceptible o muy fina. Sin restricción en difusión. Sin realce interno tras contraste. Las secuencias cine ayudan a demostrar su relación con el pericardio.	Pared fina fibrosa revestida por células mesoteliales. Contenido seroso claro.	mediastínico muy hiperintenso en T2.
Teratoma maduro	Mediastino anterior.	Masa heterogénea con combinación de grasa, líquido, calcificaciones, hueso o dientes. Nivel grasa-líquido muy sugestivo.	Grasa hiperintensa en T1 que desaparece con supresión grasa. Contenido líquido hipointenso en T1 e hiperintenso en T2. Calcificaciones e interfaces pelo-sebo hipointensas. Frecuente visualización de nivel grasa-líquido. Realce limitado a cápsula o septos finos.	Tejidos maduros derivados de 2 o 3 capas germinales: piel, glándulas sebáceas, pelo, grasa, cartilago, hueso, epitelio respiratorio o digestivo.	Lesión cardiopulmonar con señal de agua y ausencia absoluta de nódulos o septos.
Tumor germinal mediastínico (seminoma y no seminomatoso)	Mediastino anterior.	Masa grande lobulada predominantemente sólida. Los no seminomatosos suelen mostrar necrosis, hemorragia y áreas quísticas. Posible invasión mediastínica y adenopatías.	Seminoma: T1: iso-hipointenso. T2: moderadamente hiperintenso, realce relativamente homogéneo y marcada restricción en difusión. No seminomatosos: Señal heterogénea por necrosis, hemorragia y degeneración quística. Áreas hiperintensas en T1 si existe sangrado. Captación heterogénea tras contraste.	Seminoma: Células germinales uniformes con infiltrado linfocitario. No seminomatosos: Componentes de carcinoma embrionario, tumor del saco vitelino, coriocarcinoma, teratoma inmaduro o mezclas de ellos.	Grasa macroscópica junto a calcificaciones dentiformes hacen el diagnóstico altamente probable.
Timoma quístico	Mediastino anterior.	Masa encapsulada con componente quístico y zonas sólidas de realce. Septos gruesos y ocasionales calcificaciones capsulares.	Componente quístico: T1 hipointenso (o hiperintenso si hemorragia/proteínas). T2 hiperintenso. Componente sólido: Isointenso al músculo en T1 y discretamente hiperintenso en T2. Hallazgo clave: Realce de nódulos murales, septos gruesos o componente sólido periférico tras contraste. Restricción en difusión de las áreas sólidas.	Proliferación de células epiteliales tímicas mezcladas con linfocitos T. Frecuente degeneración quística secundaria o desarrollo sobre quiste tímico multilocular.	Masa anterior predominantemente sólida, restricción difusional e invasión local. AFP y/o B-HCG frecuentemente elevados.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de masas torácicas de aspecto quístico. Elaboración propia a partir de⁵⁻⁸.

En la **tabla 1** se resume las características radiológicas y anatomopatológicas de otras masas quísticas torácicas con las cuales sería necesario realizar el diagnóstico diferencial.

El tratamiento de elección de los timomas es la resección quirúrgica completa. El tratamiento adyuvante, como la radioterapia o la quimioterapia, se reserva para estadios avanzados o resecciones incompletas³. En casos como el presentado, estadio I de Masaoka, es suficiente con la resección quirúrgica, presentando estos casos una supervivencia global a los 10 años del 90-95 %³.

Conclusiones

Este caso ilustra la relevancia del diagnóstico diferencial de las masas torácicas quísticas, especialmente entre procesos infecciosos y neoplásicos. Asimismo, destaca que ante una masa de gran tamaño con componente sólido, incluso con una imagen sugestiva de hidatidosis, debe mantenerse una actitud diagnóstica amplia y confirmar el diagnóstico mediante estudio anatomopatológico cuando esté indicado.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

- Trujillo-Reyes JC, Martínez-Téllez E, Belda-Sanchis J. Thymoma. A systemic disease? Arch Bronconeumol (Engl Ed). 2019; 55(5): 235-36. doi: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.03.014> (último acceso ago. 2026).
- Salinas Cisneros G, Basadre Quiro C, Carranza Gajardo E, Gallo Guerrero M, Montenegro Guerraud X. Tumor de mediastino anterior en un paciente de 28 años. Reporte de caso y revisión de la literatura. Horiz Med. 2012; 12(1): 50-6. Accesible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637123001> (último acceso ago. 2026).
- Girard N, Ruffini E, Marx A, Faivre-Finn C, Peters S; ESMO Guidelines Committee. Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2015; 26(Suppl. 5): v40-v55. doi: <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv277> (último acceso ago. 2026).
- Escobosa Sánchez O, Herrero Hernández A, Acha García T. Timoma maligno asociado a aplasia medular grave. An Pediatr (Barc). 2009; 70: 57-60.
- Carter BW, Benveniste MF, Madan R, Godoy MC, de Groot PM, Truong MT, et al. ITMIG classification of mediastinal compartments and multidisciplinary approach to mediastinal masses. Radiographics. 2017; 37(2): 413-36. doi: <https://doi.org/10.1148/rq.2017160095> (último acceso ago. 2026).
- Carter BW, Little BP. Mediastinal masses. In: Muller NL, Silva CIS, editors. Imaging of the chest. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1179-1200.
- WHO Classification of Tumours Editorial Board. Tumours of the thymus. In: Thoracic tumours. 5th ed. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2021. p. 319-97.
- Juanpere S, Cañete N, Ortuño P, Martínez S, Sanchez G, Bernado L. A diagnostic approach to the mediastinal masses. Insights Imaging. 2013; 4(1): 29-52. doi: <https://doi.org/10.1007/s13244-012-0201-0> (último acceso ago. 2026).