

## Timoma micronodular con estroma linfoide

### Micronodular Thymoma with Lymphoid Stroma

Armando Leal Acosta<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7740-9483>

Armando Leal Mursulí<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0632-9574>

Yuleidy Feliq Díaz<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4792-0341>

Yadira Anaya Mauri<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0009-4449-7040>

Raibel Kessell Maura<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4488-9249>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez. La Habana, Cuba.

<sup>2</sup>Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [lealtorax1959@gmail.com](mailto:lealtorax1959@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** Los timomas son tumores epiteliales originados en la glándula tímica, que presentan una incidencia de 0,13 casos por 100 000 habitantes en un año, y con una frecuencia entre los 40 y 60 años.

**Objetivo:** Exponer los principales elementos en el tratamiento de una paciente con timoma micronodular en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez.

**Presentación del caso:** Paciente femenina de 46 años, con antecedentes de salud, que refirió presentar pérdida de peso, decaimiento y falta de aire de dos semanas de evolución. Le diagnostican fiebre de Oropouche, pero el cuadro clínico se fue intensificando sin mejoría, apareciendo tos con expectoración blanquecina y opresión retroesternal; un mes después se le realizó radiografía de tórax y valoración por cirugía. En el servicio de cirugía general se le indicaron exámenes de laboratorio e

imagenológicos, se sospechó un tumor del mediastino y se intervino de timectomía convencional. El informe de biopsia concluyó con el diagnóstico de un timoma.

**Conclusiones:** El diagnóstico definitivo generalmente se establece mediante el estudio histopatológico posquirúrgico; constituye la tomografía axial computarizada, asociada o no a la biopsia percutánea, el estándar de oro para su diagnóstico preoperatorio.

**Palabras clave:** neoplasias del mediastino; timectomía; timoma; tumor epitelial.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Thymomas are epithelial tumors originating in the thymus gland, with an incidence of 0.13 cases per 100,000 inhabitants per year, and most commonly occurring between the ages of 40 and 60.

**Objective:** To present the main aspects of the treatment of a patient with micronodular thymoma at Dr. Miguel Enríquez University Hospital.

**Case Presentation:** A 46-year-old female patient with no significant past medical history reported weight loss, fatigue, and shortness of breath that had persisted for two weeks. She was initially diagnosed with Oropouche fever, but her clinical symptoms worsened without improvement, and she developed a cough with whitish sputum and retrosternal tightness; one month later, she underwent a chest X-ray and surgical evaluation. In the general surgery department, laboratory and imaging tests were ordered; a mediastinal tumor was suspected, and she underwent conventional thymectomy. The biopsy report confirmed the diagnosis of a thymoma.

**Conclusions:** The definitive diagnosis is generally established through postoperative histopathological examination; computed tomography (CT), with or without percutaneous biopsy, is the gold standard for preoperative diagnosis.

**Keywords:** mediastinal neoplasms; thymectomy; thymoma; epithelial tumor.

Recibido: 07/06/2025

Aceptado: 08/07/2025

## Introducción

Los timomas son tumores epiteliales originados en la glándula tímica, que presentan una incidencia de 0,13 casos por 100 000 habitantes en un año, y con una frecuencia entre los 40 y 60 años. El 30-60 % de los pacientes pueden estar asintomáticos; en la mayoría de los casos se hallan de forma incidental por medio de la tomografía axial computarizada (TAC). Su tratamiento primario es quirúrgico.

Actualmente la nueva clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>(1)</sup> ha establecido que, aun tratándose de tumores de crecimiento lento, son tumores epiteliales de carácter maligno; por tanto, se debe abandonar el concepto de benignidad cuando se habla de timoma.

Secundario a la compresión local que provoca su crecimiento, la forma clínica más frecuente de presentación es el dolor torácico, acompañado de tos, disnea o ronquera. A nivel sistémico pueden cursar con fiebre, sudoración nocturna o pérdida de peso. Más raro es encontrar el síndrome de vena cava superior, síntomas neurológicos o lesiones externas al mediastino anterior.<sup>(2,3,4)</sup>

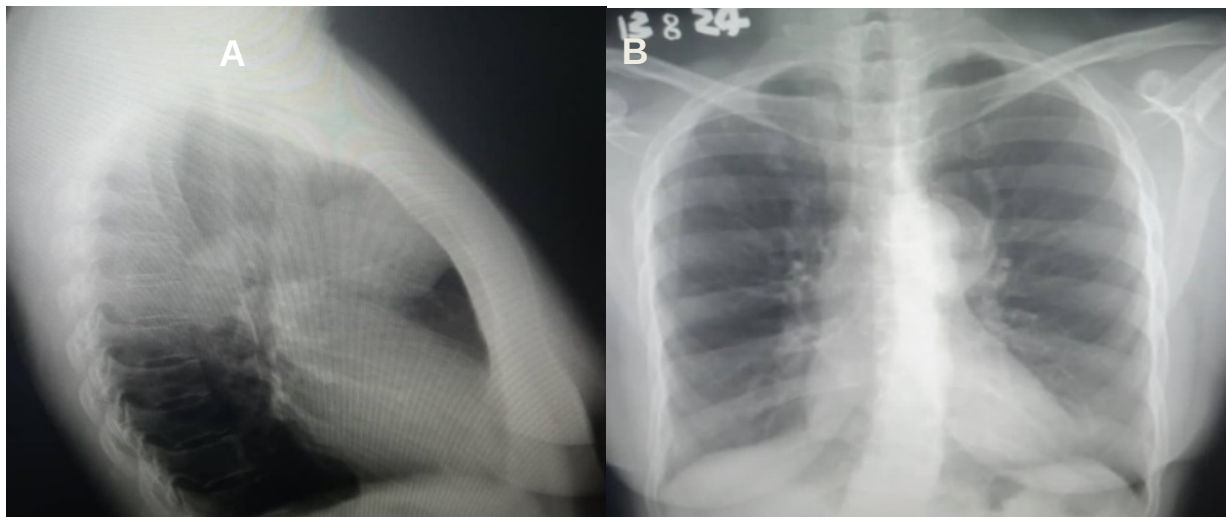
En los últimos años ha crecido el interés por mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos tumores. La creación del Grupo Internacional de Interés en Tumores Malignos del Timo (ITMIG por sus siglas en inglés de *International Thymic Malignancy Interest Group*)<sup>(5,6,7,8)</sup> y en el año 2010 ayudó al desarrollo de una base de datos internacional, que almacena más de 10 800 casos diagnosticados. Un primer análisis de esta base de datos permitió la introducción de mejoras en el proceso diagnóstico, incluyendo la definición de aquellas alteraciones del sistema inmunitario presentes en pacientes con timoma.<sup>(3)</sup>

Teniendo en cuenta la baja frecuencia de este tipo de tumor, se decidió realizar la siguiente presentación de caso con el objetivo de exponer los principales elementos

en el tratamiento de una paciente femenina con timoma micronodular en el Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez.

## Presentación del caso

Paciente femenina, negra, de 46 años de edad, de procedencia urbana, con antecedentes de salud aparente, que a inicios del año 2024 refirió presentar pérdida de peso (alrededor de 5 kg en un mes), decaimiento y falta de aire de dos semanas de evolución. Decidió ir al médico del consultorio de la familia, en el que le diagnostican fiebre de Oropuche. El cuadro clínico se fue intensificando sin mejoría, al aparecer tos con expectoración blanquecina y opresión retroesternal. Acude un mes después a su área de salud en Cárdenas, donde se le realizó una radiografía de tórax PA (fig. 1 A y B) y le sugirieron valoración por cirugía.



Fuente: Base de datos de estudios imagenológicos del servicio de cirugía (grupo de tórax).

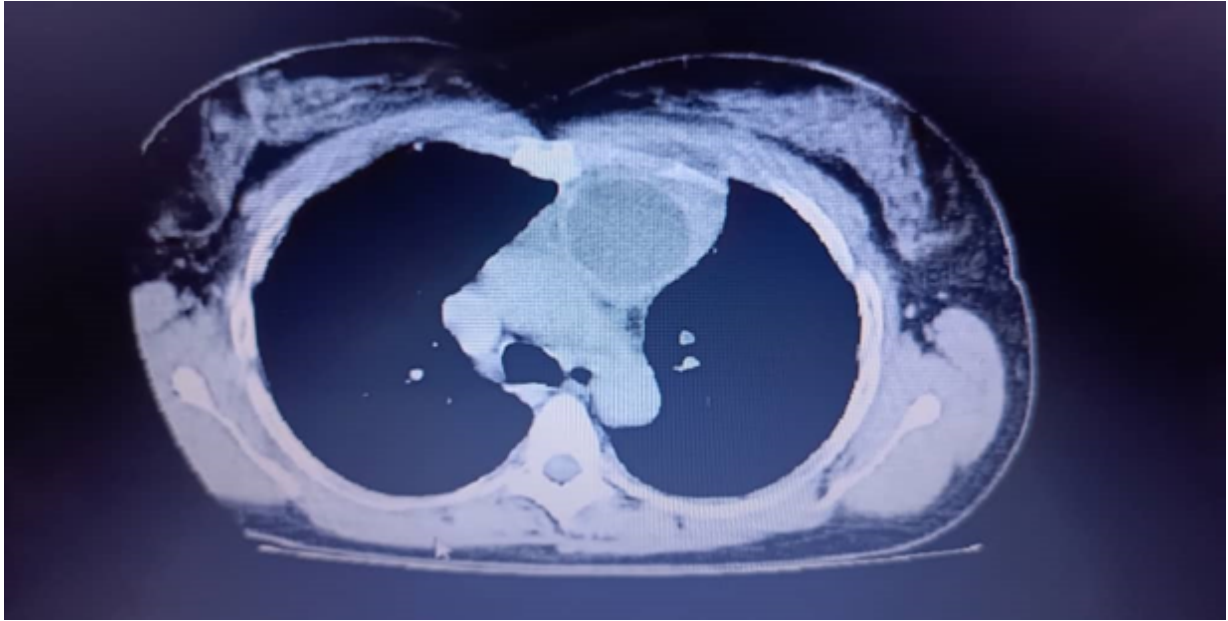
**Fig. 1** - A) Radiografía de tórax en posición anterior y B) lateral izquierda. Imagen radiopaca tumoral en mediastino superior anterior.

Se presentó en la consulta de cirugía del Hospital Universitario Dr. Miguel Enríquez refiriendo su estado de salud actual, fue examinada y a la auscultación se apreció

murmullo vesicular conservado, no estertores, saturación de 97 %, frecuencia respiratoria de 20 respiraciones por minuto y frecuencia cardíaca de 99 latidos por minuto. Al examen físico su abdomen resultó negativo y el resto de su examen físico fue normal.

Se indicaron complementarios hematológicos e imagenológicos:

- Leucograma:  $7.0 \times 10^9$  /l, P: 0,62, L: 0,38, E: 00
- Hematocrito: 0,37
- Conteo plaquetario:  $249 \times 10^9$  /l
- Grupo y factor Rh: A+
- Tiempo de coagulación: 10xminuto
- Tiempo de sangramiento: 1xminuto
- Glucosa: 4,6 mmol/l
- ALT (alanina aminotransferasa): 19 U/l
- GGT (gamma-glutamyl transferasa): 13 U/l
- Punción por aspiración con aguja fina (PAAF): muestra no útil
- Radiografía de tórax en posición anterior y lateral izquierda: que evidenció imagen radiopaca, en forma de masa, a nivel de mediastino anterior superior redondeada, que medía 6x5 cm, bien definida, de contornos regulares, índice cardio-torácico dentro de los límites normales. No lesiones óseas ni en partes blandas.
- Tomografía de tórax simple: se apreció imagen hiperdensa con densidad no homogénea, que presenta área central hipodensa secundaria a degeneración quística vs. necrosis tumoral asociada, con epicentro en el mediastino anteromedial a la altura del cayado aórtico, al cual no involucraba, y en íntimo contacto con la cara posterior del esternón y la articulación condrocostal D5-D6 (sin poder precisar afectación de la estructura ósea por la ventana utilizada), redondeada, de contornos regulares, bien definidos, en relación con tumor mediastinal (fig. 2).



*Fuente:* Base de datos de estudios imagenológicos del servicio de cirugía (grupo de tórax).

**Fig. 2** - Tomografía de tórax simple en corte axial a la altura del hilio pulmonar en ventana mediastinal.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideraron el timoma, el tiroides ectópico, el linfoma y el teratoma. Se decidió su intervención quirúrgica y se extrajo el timo de forma íntegra mediante timectomía convencional transesternal. No existieron complicaciones durante el acto quirúrgico (fig. 3).



*Fuente:* Base de datos de estudios imagenológicos del servicio de cirugía (grupo de tórax).

**Fig. 3** - Momento quirúrgico de la exéresis del tumor.

El informe de Anatomía Patológica indicó que se recibía una muestra de tejido de superficie lisa y coloración pardo grisácea, que impresionaba tejido linfoide. Por su parte, el diagnóstico histológico mostró timoma predominantemente cortical, rico en linfocitos maduros y patrón organoide, con áreas de apariencia medular, correspondiente al Tipo B1 de timoma.

Al egreso, ocho días después, los síntomas habían desaparecido, y la paciente evolucionó satisfactoriamente.

## Discusión

Los timomas son tumores raros del mediastino anterior con cursos clínicos variables. *Páramo y Lezama*<sup>(4)</sup> en su análisis retrospectivo de diez años informaron tasas de supervivencia general a cinco años del 89 %, con mejores resultados para tumores en etapa temprana y resecciones quirúrgicas completas.

Según *Vicario y otros*,<sup>(5)</sup> son diagnosticados en su mayoría durante la quinta década de la vida. Por su parte, *Gerber y otros*<sup>(6)</sup> plantean que se diagnostican en adultos mayores con una edad promedio de alrededor de 60 años. La paciente se encuentra en la quinta década de vida, por lo que coincide con lo dicho por el criterio del primer grupo de autores y no con el segundo.

De forma general, los síntomas pueden incluir tos, estridor, hemoptisis, dolor torácico, disfagia, disfonía, polipnea y síndrome de la vena cava superior. Los síndromes paraneoplásicos como la miastenia gravis se asocian a menudo con timomas.<sup>(5)</sup> *Cabañas y otros*<sup>(7)</sup> opinan que suelen presentarse con síntomas inespecíficos como dolor torácico, tos o disnea por compresión local. Este caso comienza con un cuadro clínico inespecífico, en el que, con el progreso de la sintomatología se hacen de interés médico la disnea y el dolor torácico, síntomas que coinciden con los descritos en la literatura.

*Valera* y otros<sup>(8)</sup> y *Vicario* y otros,<sup>(5)</sup> expresan que a menudo se presentan de forma asintomática y se descubren de manera incidental en estudios de imagen. Tal y como lo ejemplifican *Valera* y otros,<sup>(8)</sup> en el informe de un caso de detección de timoma durante la evaluación de COVID-19, como descubrimiento incidental durante la obtención de imágenes, a la paciente se le diagnosticó fiebre de Oropouche y ante el agravamiento y no mejoría de los síntomas se le decide realizar una radiografía de tórax, la cual mostró una imagen tumoral en mediastino no constatada con anterioridad, lo que concuerda con lo expuesto por dichos autores.

La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento principal para los tumores tímicos. *Guerrera* y otros,<sup>(9)</sup> explican que, para los timomas, se prefiere la timotimectomía a la timomectomía simple, ya que ofrece una mayor ausencia de recurrencia sin una mayor morbilidad posoperatoria, en casos en etapa temprana sin miastenia gravis. Además, *Zhang* y otros,<sup>(10)</sup> plantean que los enfoques multidisciplinarios, incluida la terapia neoadyuvante y las técnicas mínimamente invasivas, son beneficiosos para los pacientes con tumores tímicos. En esta paciente se realizó una timectomía logrando la exéresis total del timoma, lo que no coincide con lo expuesto por *Guerrera* y otros.<sup>(9)</sup>

De acuerdo con *Campolina* y otros,<sup>(11)</sup> el timoma micronodular con estroma linfóide es un subtipo raro y representa el 1 % de los casos, y en general se presenta como un tumor asintomático e indolente en hombres de edad avanzada.

El análisis histológico del timoma de la paciente en cuestión demostró ser compatible con este subtipo y supone un hallazgo infrecuente, al ser una paciente femenina de 46 años de edad y no es coincidente con lo expuesto con anterioridad.

*Páramo* y *Lezama*<sup>(4)</sup> enuncian que la resección quirúrgica, en particular la resección completa (RC), ofrece los mejores resultados. *Wu* y otros,<sup>(12)</sup> corroboraron estos hallazgos en una revisión retrospectiva de 25 años, al identificar la edad en el momento del diagnóstico, el estadio avanzado y la falta de cirugía definitiva como factores asociados con una peor supervivencia general.

En la actualidad la paciente presenta una evolución favorable y sin recidiva lo que

coincide con lo expuesto por los autores antes mencionados.

## Conclusiones

A pesar de que muchas de estas lesiones son benignas y asintomáticas, su localización y características pueden dificultar el diagnóstico, por lo que la intervención quirúrgica es el pilar fundamental de su tratamiento. El caso clínico presentado ejemplifica de manera efectiva cómo la detección temprana y la resección quirúrgica pueden resultar en una recuperación exitosa, subrayando la importancia de la evaluación clínica detallada y el enfoque personalizado en el tratamiento de estas lesiones mediastinales.

## Referencias bibliográficas

1. Aguirre MA, Torres JA, Quito AX, Freire JA. Timoma, un tumor maligno poco frecuente con resolución quirúrgica mediante videotoracosopia. Reporte de un caso. Rev Méd HJCA. 2022;14(1):45-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2022.14.1.cc.07>
2. Hung CT, Tsai TF, Chen JS, Hsieh MS. Thymoma-associated multiorgan autoimmunity. BMJ Case Rep. 2019;12(8):e229163. DOI: <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-229163>
3. Trujillo JC, Martínez E, Belda J. El timoma, ¿es una enfermedad sistémica? Arch Bronconeumol. 2019;55(5):235-236. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.03.014>
4. Páramo AA, Lezama CA. Timoma: Experiencia y Resultados en un Centro de Tercer Nivel. Revista Científica y Académica. 2024;4(2):2452-63. DOI: <http://dx.doi.org/10.61384/r.c.a.v4i2.385>
5. Vicario AB, Espinosa- JF, Benítez. MDELP. La sinusitis que me salvó. Actualización en Medicina de Familia; 2024. DOI: <http://dx.doi.org/10.55783/amf.s200202>

6. Gerber TS, Strobl S, Marx A, Roth W, Porubsky S. Epidemiology of thymomas and thymic carcinomas in the United States and Germany, 1999-2019. *Front Oncol* 2023;13:1308989. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fonc.2023.1308989>
7. Cabañas J, Román FJ, Thomas Á, Fagúndez FJ. Dolor torácico y fiebre. Hay vida más allá de la COVID-19. *Rev clín med fam.* 2021;14(2) DOI: <http://dx.doi.org/10.55783/rcmf.140214>
8. Valera M, Aldana J, Arrieta G, Arrieta M, Suárez- L. Timoma en paciente con COVID-19, hallazgo incidental: reporte de caso. *Rev Cienc Biomed.* 2024;13(1):37-43. DOI: <http://dx.doi.org/10.32997/rcb-2024-4797>
9. Guerrero F, Falcoz PE, Moser B, van Raemdonck D, Bille' A, Toker A, *et al.* Thymomectomy plus total thymectomy versus simple thymomectomy for early-stage thymoma without myasthenia gravis: a European Society of Thoracic Surgeons Thymic Working Group Study. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2021;60(4):881-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/ejcts/ezab224>
10. Zhang Y, Lin D, Aramini B, Yang F, Chen X, Wang X, *et al.* Thymoma and thymic carcinoma: Surgical resection and multidisciplinary treatment. *Cancers (Basel).* 2023;15(7):1953. DOI: <http://dx.doi.org/10.3390/cancers15071953>
11. Fonseca AC, Horta BA, Ladeia DN, Ligório GT, De Mello GBL, Machado IZ, *et al.* Timoma micronodular com estroma linfóide: relato de caso. *Braz J Hea Rev.* 2023;6(4):17300-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv6n4-253>
12. Wu ECF, Sit D, Derocher H, Lin A, Sauciuc D, Murchison SC, *et al.* A population-based study on the treatment and long-term outcomes of thymoma: A 25-year single institution retrospective review. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2022;114(3):e409-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2022.07.1588>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.