



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TIMOMA MEDIASTINAL QUIÍSTICO ANGIOMATOSO:  
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: ANA SALOME CHACHA ASTUDILLO**

**DIRECTOR: DRA. DIANA KATHERINE ASTUDILLO BRAVO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA**

**“TIMOMA MEDIASTINAL QUÍSTICO ANGIOMATOSO:  
REPORTE DE CASO”**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**AUTOR: ANA SALOME CHACHA ASTUDILLO**

**DIRECTOR: DRA. DIANA KATHERINE ASTUDILLO BRAVO**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

## DECLARATORIA DE AUTORÍA Y RESPONSABILIDAD

**Ana Salome Chacha Astudillo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106055817**. Declaro ser el autor de la obra: “**Timoma Mediastinal Quístico Angiomatoso: Reporte de Caso**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, 28 de Febrero de 2024

F: .....  


**Ana Salome Chacha Astudillo**  
C.I. **0106055817**

## CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR / TUTOR

Certifico que el presente trabajo denominado "**Timoma Mediastinal Quístico Angiomatoso: Reporte de Caso**" realizado por **Ana Salome Chacha Astudillo** con documento de identidad **No. 0106055817**, previo a la obtención del título profesional de Médico, ha sido asesorado, supervisado y desarrollado bajo mi tutoría en todo su proceso, cumpliendo con la reglamentación pertinente que exige la Universidad Católica de Cuenca y los requisitos que determina la investigación científica.

Cuenca, 28 de febrero de 2024

F: .....

**Dra. Diana Katherine Astudillo Bravo**  
**DIRECTOR / TUTOR**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo se lo dedico a las personas que la vida se encargó de obsequiarme, de tener el privilegio de compartir con ellas.

Este trabajo es para las mujeres que han marcado un hito importante en mi vida, a mi madre Eva, mi abuela Libia y mi tía Geymi, si la vida y las mujeres que me formaron y enseñaron algo, es a levantarme, luchar por conseguir todo, pero siempre teniendo el corazón lleno de amor.

A mi Hermana Sofía, este trabajo es para ti, quien me ha visto levantarme y caerme, pero siempre de tu mano.

A mi Familia Astudillo Larrea, quienes son un pilar fundamental en quien me he convertido hoy.

A mi padre Jhon, del cual aprendí que con humor y fe en Dios puedo llegar muy lejos.

A mis amigas María José, Eduarda, Mercedes, Jennifer, por siempre estar conmigo, en las buenas y en las malas.

A mis amigos, Pedro, Mateo, Sebastián, Luis y Jheremy, por apoyarme y darme ánimos en los momentos donde me llegue a caer.

## **AGRADECIMIENTO**

“La vida te pone obstáculos, que sabe, que puedes superar”

Partiendo de eso, quiero agradecer a quien hizo mi vida universitaria más amena:

Gracias a mis amigos Mateo, Sebastián por mostrarme lo bonito de la vida.

Gracias a María José y Jennifer Cañizares, la universidad no sería lo mismo sin ustedes.

A mi directora de tesis la Dra. Katherine Astudillo gracias, por compartir la elaboración de este trabajo y guiarme de la manera más linda y correcta posible.

Gracias a Dios por ponerme a las personas correctas en mi camino, gracias Pedro Ordoñez, por ser mi guía en la vida y darme un abrazo cuando más lo necesito.

Gracias a mi madre la gran Doctora Eva Astudillo Larrea, mami eres el amor de mi vida, gracias por absolutamente todo, no sería quien soy sin tu ayuda y tu amor.

Gracias a mi ángel en el cielo, que guía mis pasos y me cuida, ya entendí que tenías que irte, gracias por enviarme a todas estas personas que nunca me han dejado sola, gracias Libia Abigail mi abuela, mi corazón y mente están contigo.

Un abrazo a todos y gracias mil gracias.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Los timomas son neoplasias mediastinales que presentan una incidencia rara de 0,13 casos por cada 100. 000 habitantes. Son neoplasias del mediastino anterior originadas a partir de las células epiteliales del timo, las cuales tienen una incidencia baja en relación a todas las neoplasias encontradas a nivel del cuerpo. Es por ello que su estudio resulta enriquecedor para la comunidad médica científica. Los timomas son tumores poco frecuentes y su baja incidencia hace que su comprensión sea limitada, generando que exista una necesidad de investigación más profunda para mejorar el conocimiento sobre su etiología, diagnóstico y tratamiento.

**Objetivo:** Describir el Timoma Mediastinal Quístico Angiomatoso en relación a un caso clínico, indicando así la evolución del cuadro clínico del paciente.

**Caso Clínico:** Paciente masculino de 63 años de edad acude a consulta por presentar dolor torácico de tipo opresivo de moderada intensidad, 5 días de evolución, se automedica diclofenaco lo que cede parcialmente el cuadro, sin embargo en las 72 horas posteriores presenta disnea de pequeños esfuerzos, taquipnea y diaforesis, por lo que acude a la emergencia de esta casa de salud y tras el examen físico se evidencia, estertores crepitantes bilateral, disminución del murmullo vesicular, por lo que se solicita radiografía de tórax, con hallazgo de masa mediastinal, se amplía el estudio a tomografía de tórax contrastada con masa tumoral del mediastino anterior de 11,5 cm de diámetro compatible con timoma con compresión de las estructuras mediastinales, por lo que se decide toracotomía para excéresis de la lesión.

**Palabras clave:** Mediastino, Timo, Timoma

## **ABSTRACT**

**Antecedents:** Thymomas are mediastinal neoplasms with a rare incidence of 0.13 cases per 100,000 inhabitants. They are neoplasms of the anterior mediastinum originating from the epithelial cells of the thymus, which have a low incidence of all neoplasms found at the body level. That is why its study is essential for the scientific medical community. Thymomas are rare tumors, and their low incidence means that their understanding is limited, generating a need for more in-depth research to improve knowledge about their etiology, diagnosis, and treatment.

**Objective:** To describe Angiomatous Cystic Mediastinal Thymoma in a clinical case, thus indicating the evolution of the patient's clinical condition.

**Clinical Case:** A 63-year-old male patient comes to the clinic due to oppressive chest pain of moderate intensity during the last five days. He self-medicates diclofenac, which partially resolves the condition. However, in the following 72 hours, he presented dyspnea, tachypnea, and diaphoresis, so he went to the clinic's emergency room; after the physical examination, bilateral crackles and a decrease in vesicular murmur were evidenced, so a chest x-ray was requested, with the discovery of a mediastinal mass. The study was expanded to contrast-enhanced chest tomography with a tumor mass of the anterior mediastinum measuring 11.5 cm in diameter compatible with thymoma with compression of the mediastinal structures, so a thoracotomy was decided to excise the lesion.

**Keywords:** Mediastinum, Thymus, Thymoma

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
<b>REPORTE DEL CASO</b> .....	<b>11</b>
<b>DISCUSIÓN</b> .....	<b>14</b>
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>17</b>
<b>CONFLICTO DE INTERESES</b> .....	<b>17</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>18</b>
<b>GLOSARIO</b> .....	<b>20</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>21</b>

## INTRODUCCIÓN

Las masas mediastinales pueden originarse localmente o ser producto de lesiones metastásicas por tumores distantes. Los tumores del mediastino según el International Thymic Malignancy Interest Group (ITMIG), se clasifican según la ubicación de la masa en mediastino anterior, medio o posterior, lo que permite la individualización de los diagnósticos diferenciales de acuerdo a la ubicación anatómica. Los tumores mediastinales anteriores son los más frecuentes, mientras que la cuarta parte corresponde a mediastino medio y posterior (1). La incidencia del total de tumores mediastinales representa a tan solo el 3% de toda las neoplasias torácicas (2), los tumores mediastinales benignos como los timomas, quistes y tumores neurogénicos representan al 60% de la patología quirúrgica del mediastino, por otro lado linfomas y teratomas se encuentra en un 30% (2). Por otro lado cabe destacar que el 59% de las neoplasias del mediastino anterior encontradas son malignas (3).

Dentro de las neoplasias encontradas en el timo, los timomas representan el 47% de todos los tumores epiteliales anteriores y del 0,2 al 1,5 de todas las neoplasias del organismo (4,5). Según el Instituto Nacional de Cáncer (NCI) estas neoplasias se presentan con una incidencia a nivel mundial de 0,13 por cada 100.000 habitantes (6–8). Por otro lado en el Ecuador no existen tasas de incidencia reportadas, la única literatura estadística disponible, son reportes de caso.

Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasificación de los tumores tímicos está basada en el origen de las células, presentando 4 tipos principales que son: A, AB, B (B1 a B3) y C (9,10). Partiendo de esta clasificación, es así como la combinación de los tipos celulares AB, forman parte del origen de las células que conforman el tumor quístico angiomatoso, el cual destaca por su presentación atípica (10).

La falta de sospecha clínica de los timomas debido a la variedad e inespecificidad de los síntomas retrasan el diagnóstico y pueden producir consecuencias significativas en la salud de los pacientes, los mismos que se presentaran de manera progresiva incluso pudiendo llegar a tener un efecto de compresión de las estructuras adyacentes (11).

**REPORTE DEL CASO**

Paciente masculino de 63 años de edad que acude a consulta por presentar dolor torácico de tipo opresivo de moderada intensidad, de 5 días de evolución, se automedica diclofenaco lo que cede parcialmente el cuadro, sin embargo en las 72 horas posteriores el cuadro se exagera aumentando el dolor torácico en una escala de EVA10/10, presenta disnea de pequeños esfuerzos, taquipnea y diaforesis, por lo que acude a la emergencia de esta casa de salud y tras el examen físico se evidencia, una presión arterial de 150/80 mmHg , frecuencia cardíaca de 118 lpm, frecuencia respiratoria 34 rpm, temperatura axilar de 37.8 °C , Saturación de oxígeno de 84% además de, estertores crepitantes bilateral, disminución del murmullo vesicular, por lo que se solicita radiografía de tórax, la cual presenta lesión ocupativa de espacio a nivel del receso cardiofrénico anterior derecho con cambios hemorrágicos en un interior .

Posterior a radiografía de tórax, se realiza una angiotomografía de tórax que evidencia una masa de probable origen neoplásico de aproximadamente 9 cm de diámetro, por lo que se indica una interconsulta con cirugía torácica. Debido a los resultados de los estudios de extensión fue valorado por cirugía cardio-torácica quienes indicaron resolución quirúrgica.

Tras valoración de medicina interna y posterior cirugía torácica se decide ingreso para manejo clínico y posterior resolución quirúrgica. Paciente con exámenes que muestran discreta neutrofilia, con PCR elevada.

Se realiza mediastinotomía con exploración, en la cual se observa masa tumoral de 11,5 cm; Mediante este procedimiento se encontró la presencia de un gran tumor mediastinal más múltiples adherencias al pulmón, corazón, arteria aorta, vena cava superior e inferior, inclusión total del nervio frénico, y grasa pericárdica en la cara posterior del esternón.

**Ilustración 1:** Masa neoplásica de 11,5 cm de diámetro, en donde se observan áreas irregulares y segmentarias, nodulares y hemorrágicas.



**Fuente:** Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Santana

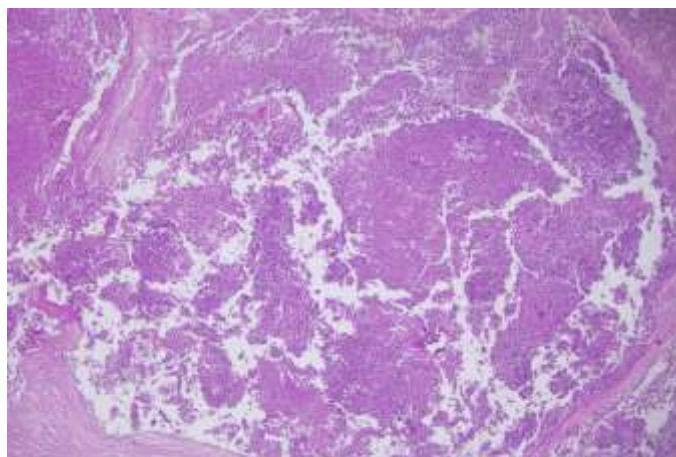
**Ilustración 2:** Vista superior de la masa mediastinal, incluyendo tejido muy vascularizado, hemorrágico y de aspecto fibroso, con áreas blanquecinas y calcificadas.



**Fuente:** Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Santana

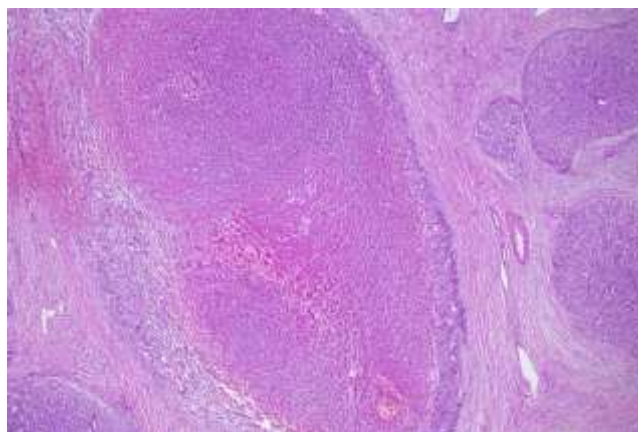
Los resultados histológicos demostrando la presencia de una masa de 11.5 cm en el mediastino, con áreas de cambios quísticos y angiomatosos. La masa estaba bien delimitada, con una consistencia firme. La superficie de corte reveló áreas de hemorragia y necrosis. No había signos claros de invasión en los tejidos circundantes. Las secciones del tumor mostraban una neoplasia compuesta por una mezcla de células epiteliales neoplásicas y linfocitos no neoplásicos. Las células epiteliales neoplásicas estaban organizadas en lóbulos por septos fibrosos, con los lóbulos exhibiendo una apariencia uniforme. Los cambios quísticos están compuestos por vasos dilatados quísticamente, consistentes con los cambios angiomatoso.

***Ilustración 3:*** Placa histológica del paciente, Neoplasia tímica con cambio quístico y áreas de hemorragia.



***Fuente:*** Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Santana

***Ilustración 4:*** Placa histológica del paciente, con nidos de células tímicas con áreas hemorrágicas



***Fuente:*** Servicio de Anatomía Patológica de la Clínica Santana

Después de someterse a cirugía, sin ninguna complicación adyacente, el paciente experimento un periodo de recuperación de 20 días en terapia intensiva, seguidos de 5 días adicionales en la sala de hospitalización, durante este tiempo se implementó cuidados especializados para garantizar la recuperación óptima y controlar cualquier complicación potencial.

En la actualidad, el paciente se encuentra estable y controlado. Los indicadores médicos muestran una evolución favorable y el paciente ya no refiere nuevas quejas de disnea, lo que ha mejorado su calidad de vida.

## **DISCUSIÓN**

El mediastino es un espacio virtual ubicado en el centro del tórax, entre los pulmones, delante de los cuerpos vertebrales y costillas, por detrás del esternón y las uniones condrocostales, este es un compartimiento intratorácico extrapleural, es así como el International Thymic Malignancy Interest Group (ITMIG) define al mediastino en su última publicación (12), esta definición va de la mano con la propuesta por la Organización Mundial de la Salud, es relevante debido a que dependiendo de la ubicación del tejido neoplásico, el diagnóstico y abordaje será diferente.

Así mismo las neoplasias epiteliales tímicas son descritas como las más comunes de todas las neoplasias de mediastino anterior, descrito así por Morán (13), el cual mediante su estudio demostró que la incidencia de los timomas es baja en relación al resto de masas mediastinales (13), de igual forma se describió que debido a la heterogeneidad de su histología, su clasificación se dificulta a querer encasillar al timoma mediastinal quístico angiomatoso en un tipo específico ya que su cambio quístico, las áreas hemorrágicas y los nidos de células tímicas lo clasifican ya sea en tipo AB según la OMS.

Por otro lado Khalor y Morán (14), mediante la recopilación de 8 casos de timomas, se generó una media de edad promedio para la presentación de esta neoplasia la cual fue de 54 años de edad, lo cual contrarresta con la edad en la que se presentó este timoma, el cual fue de 63 años, sin embargo un punto muy relevante es que la incidencia de estas masas es mayor en adultos hombres que en mujeres (14).

Es fundamental tomar en cuenta la presentación clínica de las masas mediastinales, las cuales tiene una sintomatología inespecífica sin embargo Khalor y Morán (14), concuerda con Alqaidy (15) que es su estudio demostró que el motivo de la consulta general para guiar una sospecha diagnóstica urgente hacia un timoma, aparte de la historia clínica y los hallazgos de los

exámenes físicos y complementarios, es la sintomatología la cual es sensación opresiva del pecho, disnea, dolor torácico (15). Estas manifestaciones clínicas son similares a las presentadas en el caso en el cual el paciente acudió a consulta por un dolor torácico de tipo opresivo de moderada intensidad con 5 días de evolución, incluso con signos de dificultad respiratoria, como saturación de 84%.

De igual forma Tian et al (16), describe la misma sintomatología en un estudio con un total de 194 pacientes, que además presentaron síndrome de la vena cava, parálisis del nervio frénico y cuadros de miastenia gravis, es importante destacar que los timomas tienen una relación del 60% con la presencia de esta enfermedad u otras enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (16).

La OMS ha clasificado a los tumores epiteliales del tórax, en 4 subtipos histológicos, en primer lugar podemos encontrar al timoma del tipo A el cual está conformado por células del tipo epitelial con una morfología fusiforme u oval, el siguiente tipo es el B, que está compuesto por células de contorno poligonal y redondo, sin embargo estas poseen otros 3 subtipos según la distribución de los linfocitos y la relación con la morfología atípica de los diferentes tipos celulares (17). Por último se encuentran a los timomas del tipo C en los cuales ya se presenta una atipia total de las células e incluso pierde las características propias de timo, este subtipo se relaciona con el carcinoma tímico (18,19).

Sin embargo se pueden presentar tumores del tipo AB los cuales tienen una celularidad típica del timoma A con una amplia distribución linfocitaria por ello se le engloba con el tipo B, este timo tiene una frecuencia relativa. Además cabe destacar que el timo cortical es del tipo B2 debido a la presencia de células poligonales (20). Es de importancia médica la estratificación de la invasión que puede llegar a tener un timoma según la clasificación de Masaoka que lo describen en cuatro estadios representados por números romanos del I al IV, esta escala se utiliza también para evaluar la recuperación postoperatoria del paciente (21,22).

El diagnóstico de estas neoplasias es mediante un estudio imagenológico, puesto que la clínica de estos pacientes no es relevante, para poder observar de manera más certera esta masa tumoral se pueden realizar desde radiografías, tomografías y un análisis de histopatología, que complementara al diagnóstico de la neoplasia tímica.

El enfoque de esta patología para su tratamiento es multimodal y es dependiente del tipo de paciente y subtipo de timoma, puesto que cada subtipo tiene una diferente forma de actuar y

distribuirse por el cuerpo, sin embargo la primera terapéutica es la cirugía torácica conocida como “Tímectomía” , ya que la resección de esta masas mediastinal depende del grado de invasión que tenga por ejemplo si es de estadio I o II tiene un pronóstico favorable, mientras que con otras etapas como el III y el IV, como es en el caso del paciente el cual fue sometido a una mediastinotomía.

Es importante realizar un estudio histopatológico del timoma, tras la cirugía, ya que la biopsia es fundamental para poder plantear un tratamiento adyacente, tras el postoperatorio como lo es la radioterapia o quimioterapia.

## **CONCLUSIONES**

Los timomas son un conglomerado de células neoplásicas a nivel del mediastino anterior, que por su rara presentación clínica, suelen pasar desapercibidos, sin embargo debido a la heterogeneidad del mismo su investigación es relevante. En el reporte de caso descrito, paciente de 63 años tras presentar sintomatología compatible a lesión ocupativa a nivel del mediastino anterior como dolor torácico opresivo, disnea, taquipnea y diaforesis; A lo que se solicita radiografía de tórax corroborando el indicio médico, posteriormente se confirma la evidencia de masa neoplasia de 9 cm de diámetro mediante angiotomografía de tórax, solicitando así evaluación por cirugía torácica quienes mediante mediastinotomía con exploración evidenciaron gran masa neoplásica de 11,5 cm con adherencia a pulmón, corazón, aorta, vena cava superior e inferior y nervio frénico, tras él envió de muestra a anatomía patológica, resultados revelaron compatibilidad con cambios quísticos y angiomatoso .El tratamiento incluyo toracotomía para excéresis de la lesión.

## **CONFLICTO DE INTERESES**

No existe conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Keita IK, Carlos G, Vilariño F, María A, Dolz N. Caracterización de pacientes operados por tumores del mediastino Characterization of operated patients because of mediastinal tumors. 2019;48(4):839–54.
2. Arce-Aranda C, Ayala-Guzmán JD, Cuevas-Zapata JF, Duarte-González AL, Garay-Gómez CD, Gutiérrez-Codas GM, et al. Frequency, Classification and Pathology of Mediastine Tumors. *Cir Paraguaya*. 2018;42(2):17–22.
3. Almeida PHD. Masas Mediastinicas Anteriores [Internet]. NIH. 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK546608/>
4. Carlos Trujillo-Reyes J, Martínez-Téllez Josep Belda-Sanchis E. ARTICLE IN PRESS G Model El timoma, ¿es una enfermedad sistémica? A Systemic Disease? [cited 2022 Dec 31]; Available from: [www.archbronconeumol.org](http://www.archbronconeumol.org)
5. Girard N, Ruffini E, Marx A, Faivre-Finn C, Peters S. Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015 Sep 1;26:v40–55.
6. Thymoma and Thymic Carcinoma Treatment (Adult). PDQ Cancer Inf Summ [Internet]. 2022 Sep 30 [cited 2023 Jun 11]; Available from: <https://www.cancer.gov/types/thymoma/hp/thymoma-treatment-pdq>
7. Clara D, González G. Neutropenia prolongada en el manejo multidisciplinar de un timoma. Una etiología inesperada.
8. Ricardo Buitrago-Ramírez M, Jussef Mantilla-Gaviria H, Alexander J, Dueñas C. Tumores del timo: Experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. 2019 [cited 2023 Jun 11]; Available from: <https://doi.org/10.35509/01239015.17>
9. Tsao MS, Nicholson AG, Maleszewski JJ, Marx A, Travis WD. Introduction to 2021 WHO Classification of Thoracic Tumors. *J Thorac Oncol* [Internet]. 2022 Jan 1;17(1):e1–4. Available from: <http://www.jto.org/article/S155608642103255X/fulltext>
10. Rosti G, Secondino S, Necchi A, Fornarini G, Pedrazzoli P. Primary mediastinal germ cell tumors. *Semin Oncol* [Internet]. 2019;46(2):107–11. Available from: <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2019.04.001>
11. Adulto CDEL, Miranda ES, Cifuentes LK, Vélez JG, Pinzón A. Enfoque inicial de las alteraciones mediastinales: Revisión de sus referencias anatómicas radiográficas. 2018;25(6):380–95.
12. 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.
13. Moran CA. Mediastinal pathology: A global approach of clinical, radiological, and histological assessment. *Semin Diagn Pathol*. 2022 Mar 1;39(2):85.

14. Kalhor N, Moran CA. Thymic epithelial neoplasms with sebaceous differentiation: a clinicopathological and immunohistochemical study of 8 cases. *Hum Pathol*. 2019 Apr 1;86:124–8.
15. Alqaidy D. Thymoma: An Overview. *Diagnostics* 2023, Vol 13, Page 2982 [Internet]. 2023 Sep 18;13(18):2982. Available from: <https://www.mdpi.com/2075-4418/13/18/2982/htm>
16. Tian D, Shiiya H, Sato M, Sun CB, Anraku M, Nakajima J. Tumor location may affect the clinicopathological features and prognosis of thymomas. *Thorac Cancer*. 2019 Nov 1;10(11):2096–105.
17. Wang Z, Li H, Cao H, Zheng J. Clinicopathological features of type AB thymoma with liver metastases. *Int J Clin Exp Pathol* [Internet]. 2018 [cited 2023 Jun 11];7(12):8700. Available from: </pmc/articles/PMC4314039/>
18. Taponamiento cardiaco de origen inflamatorio como primera manifestación de timoma. 2018;813–4.
19. Ichimura H SY. Manejo Quirúrgico de Emergencia de Tumores Mediastínicos. 2022;
20. Han L, Gao B, Wang E, Wang L. Giant Multilocular-Cystic Metaplastic Thymoma : A Case Report. 2023;(May):463–6.
21. Tateishi Y, Horita N, Namkoong H, Enomoto T, Takeda A, Kaneko T. Postoperative Radiotherapy for Completely Resected Masaoka/Masaoka-Koga Stage II/III Thymoma Improves Overall Survival: An Updated Meta-Analysis of 4746 Patients. [cited 2023 Jun 11]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2020.12.023>
22. Ryabov AB, Pikin OV, Aleksandrov OA, Glushko VA, Kolbanov KI, Barmin VV. Algoritmo clínico diagnóstico de tumores mediastínicos. 2022; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35593627/>

## GLOSARIO

**Disnea:** Dificultad respiratoria, o sensación de falta de aire

**Mediastino:** Espacio comprendido entre el esternón y la columna vertebral, entre las dos pleuras del pulmón.

**Miastenia Gravis:** Enfermedad autoinmune que ataca a los receptores de acetilcolina

**Timo:** Órgano ubicado a nivel de la parte superior del pecho y bajo el esternón, tiene la función de producción de linfocitos.

**Timoma:** Neoplasia que se origina a nivel del tejido tímico.

**Toracotomía:** Técnica quirúrgica que consiste en una incisión lateral o posterior a nivel del tórax para acceder a los órganos torácicos.

## **ANEXOS**

### **1. Consentimiento informado**

**AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL  
REPOSITORIO INSTITUCIONAL**

**Ana Salome Chacha Astudillo** portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0106055817**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**Timoma Mediastinal Quístico Angiomatoso: Reporte de Caso**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **28 de febrero de 2024**

F: ..... 

**Ana Salome Chacha Astudillo**  
C.I. **0106055817**