

Data de Submissão: 15/08/2025

Data de Aprovação: 26/08/2026

RELATO DE CASO

Cisto tímico: um relato de caso de massa mediastinal em paciente pediátrico

Thymic cyst: a case report of a mediastinal mass in a pediatric patient

Maria Eduarda Barcik Lucas de Oliveira¹, Carolina Inocêncio Alves¹, Giovana Maier Techy¹, Artur Blos Lopes¹, Gilberto Pascolat², Maurício Marcondes Ribas², Bruna Leiko Morais Sato², Alan Cristian Cordeiro Siqueira², Paula Rubio Vilar², Sylvio Avilla²

Palavras-chave:

Doenças do mediastino,
Cisto mediastínico,
Timo,
Cirurgia torácica.

Resumo

Introdução: Os tumores de mediastino podem permanecer assintomáticos ou manifestar sintomas decorrentes da compressão de estruturas vizinhas. Frequentemente são identificados de forma incidental em exames de imagem e são classificados conforme a localização no mediastino, que se divide em anterior, médio e posterior. Considerando a escassez de relatos na literatura, este trabalho tem como objetivo apresentar um caso de cisto tímico em paciente pediátrico, destacando os desafios diagnósticos e a relevância do reconhecimento clínico-radiológico precoce. **Descrição do caso:** Paciente masculino, 3 anos e 6 meses, admitido em hospital pediátrico com quadro de dor torácica súbita associado à dispneia. Durante investigação complementar, identificada massa cística à direita realizando compressão de estruturas adjacentes. Paciente submetido a ressecção cirúrgica com biópsia confirmando diagnóstico de cisto tímico. **Discussão:** Massas mediastinais inicialmente podem apresentar dificuldade diagnóstica devido à clínica inespecífica e muitas vezes assintomática. A necessidade de associação de exames de imagens complementares é de grande valia para diagnóstico etiológico. As características das lesões associadas à localização permitem o direcionamento para a hipótese diagnóstica principal. **Conclusão:** O caso descrito ilustra os desafios diagnósticos das massas mediastinais na infância. A dor torácica e a dispneia foram manifestações centrais, decorrentes da compressão mecânica decorrente de um diagnóstico tardio. A inclusão de novos casos à literatura pode ampliar o conhecimento sobre a apresentação clínica e evolução desses pacientes, beneficiando futuras abordagens diagnósticas mais precoces.

¹ Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná, Acadêmico de Medicina - Curitiba - Paraná - Brasil.

² Hospital Universitário Evangélico Mackenzie do Paraná, Departamento de Pediatria - Curitiba - Paraná - Brasil.

Endereço para correspondência:

Maria Eduarda Barcik Lucas de Oliveira

Faculdade Evangélica Mackenzie do Paraná – Curitiba - Paraná - Brasil. E-mail: duudabarcik@gmail.com.

Keywords:

Mediastinal diseases,
Mediastinal cyst,
Thymus gland,
Thoracic surgery.

Abstract

Introduction: Mediastinal tumors may remain asymptomatic or present symptoms resulting from the compression of adjacent structures. They are often identified incidentally on imaging studies and are classified according to their location within the mediastinum, which is divided into anterior, middle, and posterior compartments. Considering the scarcity of reports in the literature, this study aims to present a case of thymic cyst in a pediatric patient, highlighting the diagnostic challenges and the relevance of early clinical and radiological recognition. **Case description:** A 3-year-and-6-month-old male patient was admitted to a pediatric hospital with sudden-onset chest pain associated with dyspnea. Complementary investigations revealed a cystic mass on the right, compressing adjacent structures. The patient underwent surgical resection, and biopsy confirmed the diagnosis of a thymic cyst. **Discussion:** Mediastinal masses may initially pose diagnostic challenges due to their nonspecific and often asymptomatic clinical presentation. The use of complementary imaging studies is highly valuable for determining the etiological diagnosis. The characteristics of the lesions, combined with their location, help guide the main diagnostic hypothesis. **Conclusion:** This case illustrates the diagnostic challenges of mediastinal masses in childhood. Chest pain and dyspnea were the main manifestations, resulting from mechanical compression due to a delayed diagnosis. Adding new cases to the literature may broaden knowledge about the clinical presentation and progression of these patients, supporting earlier diagnostic approaches in the future.

INTRODUÇÃO

Tumores de mediastino podem ser assintomáticos ou apresentar associações com sintomas como tosse, dispneia, rouquidão, edema facial ou cervical. Em casos sintomáticos, a origem dos sintomas, em sua grande maioria, é decorrente de compressão extrínseca da massa sobre estruturas adjacentes. Geralmente são achados acidentais de exame, principalmente radiografia de tórax, durante investigação dos sintomas citados acima.

As massas mediastinais são divididas de acordo com a sua localização, sendo o mediastino dividido em três compartimentos anatômicos, sendo eles mediastino anterior, médio e posterior, os quais auxiliam na busca pela etiologia e tipo do tumor.

No compartimento anterior do mediastino, podemos encontrar timomas, teratomas, linfomas, tumores de tireoide e tumores de células germinativas. Na literatura, é possível identificar as massas dessa região como os “4 T’s” (Timoma, Teratoma, terrível linfoma de células T e Tumor de tireoide). No mediastino médio geralmente são encontrados linfomas, tumores metastáticos, cistos pericárdicos, cistos broncogênicos, lesões esofágicas e hérnias. Por fim, o mediastino posterior é mais comumente associado a tumores neurogênicos como os neurofibromas, neuroblastomas, entre outros.^{1,2}

Os cistos tímicos representam cerca de 1% de todas as massas encontradas no mediastino. Entre as lesões císticas de origem tímica, a incidência situa-se entre 12% e 30%. Embora sejam mais comuns no mediastino anterior, também podem ocorrer na região cervical, de acordo com o padrão de desenvolvimento do timo.³

O cisto tímico pode ser classificado em unilocular ou multilocular. Os uniloculares geralmente são congênitos, formados de tecido embrionário do timo e envolvidos por uma cápsula fibrosa fina. No interior desses cistos, normalmente há um líquido seroso claro, embora este também possa ser espesso, com sangue ou apresentar características heterogêneas.³

Apesar da tomografia computadorizada ser o método preferencial para a avaliação, pois permite distinguir diferentes tipos de cistos e realizar o diagnóstico diferencial com outras patologias, a ressonância de tórax também fornece informações precisas sobre as características das massas tumorais mediastinais. É fundamental identificar se a lesão é congênita ou adquirida, especialmente nos casos de cisto tímico adquirido, pois estes exigem análise histopatológica para descartar a presença de neoplasias. Na microscopia, a identificação de corpúsculos de Hassall e restos de tecido tímico é um achado que confirma o diagnóstico de cisto tímico.^{3,4}

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente masculino, 3 anos e 6 meses, foi encaminhado ao serviço com quadro súbito de dor torácica. Era previamente diagnosticado com asma, laringomalácia e transtorno do espectro autista (TEA), sem relatos prévios de dor torácica ou alterações cardíacas.

Na admissão hospitalar, apresentava-se agitado, irritado, mantendo queixa de dor em região retroesternal e com evidência de taquicardia em monitor. Devido ao quadro de TEA com dificuldade verbal, a equipe médica e a mãe do paciente apresentaram dificuldade em especificar sintomas e condições de alívio, agravamento ou outros sintomas associados.

No exame físico, apresentava taquicardia isolada, com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios. O eletrocardiograma demonstrou ritmo sinusal com distúrbio de condução do ramo direito, sem sinais de isquemia ou arritmias. A radiografia de tórax evidenciou aumento da área cardíaca, com transparência pulmonar e trama vascular normal (Figura 1).

Dentro de 24 horas, evoluiu com ortopneia, mantendo a taquicardia e piora da dor torácica, entretanto, sem hipóxia.

Suspeitando-se de congestão pulmonar associada, foi administrado diurético de alça, com melhora clínica parcial.

Exames laboratoriais, incluindo eletrólitos e marcadores cardíacos, estavam normais. A ecocardiografia transtorácica evidenciou imagem hipoecogênica de aproximadamente 15 mm na região anterior ao coração, adjacente ao átrio direito. Tomografia de tórax com presença de massa ovalada medindo 93 x 67 mm em mediastino anterior e inferior, com aparente plano de clivagem do pericárdio, com compressão de átrio esquerdo, aorta e veia cava superior, com interior hipoatenuante homogêneo sem captar contraste iodado. Para melhor definição diagnóstica e de conduta, foi realizada ressonância magnética de tórax, a qual revelou lesão expansiva cística com septos inclusos, centrada em mediastino anterior e à direita da linha mediana, com tamanho de 102 x 85 x 70 mm (Figura 2).

Frente ao quadro clínico e aos achados de imagem, a principal hipótese diagnóstica foi cisto tímico de grandes dimensões. Devido à localização e à repercussão mecânica (dor torácica e dispneia por compressão de estruturas adjacentes), optou-se por abordagem cirúrgica via toracotomia ântero-lateral direita, a fim de realizar a ressecção da massa mediastinal.

Durante o procedimento cirúrgico, foi identificada massa cística de grande volume em mediastino anterior, com drenagem de 180 ml de secreção serossanguinolenta. A massa apresentava duas membranas: a externa, com continuidade ao pericárdio, e a interna, compatível com cisto, levando à hipótese intraoperatória de cisto pericárdico. Foi realizada a exérese completa da lesão, colocação de dreno de tórax e fechamento dos planos. A peça anatômica foi encaminhada para avaliação anatomopatológica.

O paciente apresentou boa evolução em pós-operatório, permanecendo em leito de terapia intensiva pediátrica com possibilidade de transferência para a enfermaria devido à estabilidade clínica. Após procedimento, não apresentou novos episódios de taquicardia ou dispneia. O dreno foi retirado após cessação do débito, e o paciente recebeu alta hospitalar com seguimento ambulatorial. O exame anatomopatológico confirmou o diagnóstico de cisto tímico, sem evidências de malignidade.

DISCUSSÃO

Massas mediastinais em pacientes pediátricos são incomuns e frequentemente assintomáticas, sendo descobertas incidentalmente. Quando sintomáticas, decorrem da compressão de estruturas adjacentes.^{5,6} O diagnóstico diferencial inclui uma ampla variedade de condições, incluindo lesões benignas, neoplasias malignas, malformações vasculares, hérnias diafragmáticas e anomalias congênitas. A definição diagnóstica exige, portanto, investigação sistemática e individualizada, integrando dados clínicos, laboratoriais e de imagem.⁷



Figura 1. Radiografia de tórax da admissão hospitalar evidenciando aumento da área cardíaca.

Fonte: Os autores (2025).



Figura 2. Ressonância magnética de tórax em corte coronal evidenciando lesão cística de grande volume próximo ao átrio direito com compressão local.

Fonte: Os autores (2025).

No presente caso, o quadro agudo de dor torácica retroesternal, dispneia e ortopneia, foram manifestações de compressão mediastinal progressiva. A história prévia de asma e laringomalácia possivelmente contribuiu para confusão diagnóstica inicial, mascarando a gravidade e a origem mecânica do quadro, situação já descrita na literatura em contextos clínicos semelhantes.⁶ Entretanto, a idade do paciente difere significativamente daquela mais comumente relatada, que se concentra entre a terceira e a sexta décadas de vida.^{3,4}

A investigação inicial evidenciou aumento da área cardíaca, achado inespecífico, mas indicativo da complementação da investigação etiológica. Sendo que a tomografia de tórax evidenciou massa ovalada em mediastino anterior com plano de clivagem, com pericárdio comprimindo estruturas adjacentes – átrio esquerdo, aorta e veia cava superior –, o que explicaria a queixa inicial relatada.

Radiologicamente, os cistos tímicos se apresentam como massas de contornos regulares no mediastino anterossuperior, podendo conter septos e calcificações lineares. A tomografia computadorizada é o exame de escolha para avaliação inicial, pois permite distinguir entre diferentes tipos de cistos e contribui significativamente para o diagnóstico diferencial com outras patologias.⁴ Diante da clínica apresentada e associada aos achados em exames de imagem, em concordância com a literatura, o cisto tímico se tornou a principal hipótese diagnóstica.

Durante abordagem cirúrgica, a identificação de membrana externa comunicante com o pericárdio levantou a hipótese de cisto pericárdico. Porém, exames complementares mostraram massa em mediastino anterior, enquanto o cisto pericárdico, geralmente, localiza-se no mediastino médio e não se comunica com o espaço pericárdico. Dessa forma, a hipótese foi considerada incompatível com a literatura.⁶

O anatomopatológico confirmou a hipótese inicial de cisto tímico, em concordância com os achados clínicos e de imagem. Apesar da compatibilidade com a literatura,^{3,4} a idade do paciente é incomum, ressaltando a necessidade de considerar esse diagnóstico mesmo fora da faixa etária típica, a fim de possibilitar intervenção precoce e evitar complicações decorrentes da compressão mediastinal.

O prognóstico dos pacientes submetidos à ressecção cirúrgica de cisto tímico é amplamente favorável. A literatura descreve que a excisão completa da lesão está associada a desfecho excelente, sem relatos de recorrência após o procedimento, o que evidencia a efetividade da abordagem cirúrgica como tratamento definitivo. Assim, a remoção total do cisto constitui medida curativa, com baixa morbidade e excelente evolução clínica no seguimento pós-operatório.⁸

CONCLUSÃO

O relato apresentado evidencia os desafios diagnósticos das massas mediastinais na infância, especialmente quando

há comorbidades prévias e limitações de comunicação que podem confundir a apresentação clínica. A dor torácica e a dispneia foram manifestações centrais, decorrentes da compressão mecânica causada por um cisto tímico de grandes dimensões associado a um diagnóstico tardio. O caso reforça a necessidade de manter elevada suspeição clínica e de utilizar exames de imagem apropriados para direcionar a investigação.

Diante da raridade dos cistos tímicos e da escassez de descrições na literatura, este caso contribui para o conhecimento clínico e radiológico da entidade, reforçando a importância da suspeição diagnóstica precoce, da utilização de exames de imagem adequados e da condução multidisciplinar. A inclusão dessa possibilidade no diagnóstico diferencial de massas mediastinais na infância pode favorecer o reconhecimento precoce, beneficiando futuras abordagens diagnósticas e terapêuticas.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Financiamento: Os autores declaram que não receberam financiamento específico para a realização deste estudo.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Número CAAE de aprovação no Comitê de Ética: 88481625.5.0000.0103

REFERÊNCIAS

1. Wright CD, Mathisen DJ. Mediastinal tumors: diagnosis and treatment. *World J Surg.* 2001;25(2):204-9. DOI: <http://www.doi.org/10.1007/s002680020020>
2. Williams HJ, Alton HM. Imaging of paediatric mediastinal abnormalities. *Paediatr Respir Rev.* 2003;4(1):55-66. DOI: [http://www.doi.org/10.1016/S1526-0542\(02\)00310-X](http://www.doi.org/10.1016/S1526-0542(02)00310-X)
3. Tiveron MG, Dias RR, Benvenuti LA, Stolf NAG. Cisto tímico como diagnóstico diferencial de doença aguda da aorta torácica. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2008;23(4):575-7. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0102-76382008000400021>
4. Costa MAC, Montemor Netto MR, Colman J, Costa GC. Giant thymic cyst with atypical location: case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2013;28(3):408-11. DOI: <http://www.doi.org/10.5935/1678-9741.20130063>
5. Caramori JE, Miozzo L, Formighieri M, Barcellos C, Grando M, Trentin T. Dispneia por compressão de estruturas mediastinais por cisto pericárdico. *Arq Bras Cardiol.* 2005;84(6):486-7. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0066-782X2005000600010>
6. Carvalho ACP, Beze RS, Neves Filho AF. Cisto de pericárdio: uma apresentação incomum. *Radiol Bras.* 2001;34(1):57-8. DOI: <http://www.doi.org/10.1590/S0100-39842001000100014>
7. Nina VJS, Manzano NCE, Mendes VGG, Salgado Filho N. Cisto pericárdico gigante: relato de caso. *Rev Bras Cir Cardiovasc.* 2007;22(3):349-51. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-76382007000300013>
8. Perez-Bóscollo AC, Carvalho LC, Capuci HH, Fatureto MC, Adad SJ. Cisto tímico: uma opção no diagnóstico diferencial das massas cervico-mediastinais. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2010;76(4):538. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1808-86942010000400021>