

Quiste pleuropericárdico: un buen final para un mal inicio

Sr. Editor:

El quiste pleuropericárdico es una lesión muy infrecuente, con un curso clínico en la mayoría de los casos benigno, que se detecta de forma casual en la radiografía de tórax y que puede confundirse con un proceso neoplasia pulmonar. Presentamos un caso de quiste pleuropericárdico en una paciente fumadora.

Mujer de 55 años de edad que acude a urgencias por un dolor abdominal agudo. Como antecedentes de interés, la paciente era fumadora de 15 paquetes/año y diabética en tratamiento con hipoglucemiantes orales. No había presentado síntomas respiratorios ni cardiovasculares de interés hasta el momento. Tras realizar la anamnesis, en la que no destacaba ningún dato relevante, como tampoco en la exploración física inicial, se solicitan las siguientes exploraciones complementarias: hemograma y bioquímica, las cuales se encontra-

ban dentro del rango de referencia. El electrocardiograma era normal. La ecografía abdominal descartaba una enfermedad biliar aguda. En la radiografía posteroanterior de tórax se observaba una imagen redondeada, de aproximadamente 5 cm, de localización paracardiaca derecha (fig. 1). Dicha densidad no se apreciaba en una radiografía previa aportada por la paciente (realizada hacía 6 años), por lo cual se decidió su ingreso en nuestro servicio para completar el estudio de la lesión.

La siguiente prueba solicitada fue una tomografía computarizada de tórax (TC), en la que se evidenció una lesión que medía 6 cm de diámetro máximo adyacente a la cara derecha del pericardio, la cual no se modificaba tras la administración de contraste intravenoso, de características quísticas y sin pared definible, correspondiéndose radiológicamente con un quiste pleuropericárdico no complicado; el resto del estudio era normal.

La paciente fue dada de alta, programándose una ecocardiografía que fue realizada de forma ambulatoria en la que se confirmó el diagnóstico de quiste pleuropericárdico no complicado. Posteriormente ha permanecido asintomática, decidiéndose su seguimiento clínico en las consultas externas, con controles ecocardiográficos periódicos.

La incidencia del quiste pleuropericárdico se ha estimado en uno por 100.000 casos, y representa el 5-10% de los tumores mediastínicos. La mayoría son congénitos, pero se han descrito algunos casos adquiridos (de etiología infecciosa, inflamatoria o traumática). Generalmente son identificados en la cuarta o quinta década de la vida¹. Su localización más frecuente es el ángulo costofrénico derecho (70%), seguido del ángulo costofrénico izquierdo (10-40%), pero también se han comunicado otras localizaciones inusuales, como los hilios vasculares, el mediastino superior o el borde cardiaco izquierdo². No suele causar síntomas y se presenta como hallazgo casual en la radiografía convencional de tórax, identificándose como una lesión oval homogénea y radioopaca. Sin embargo, se han descrito episodios de dolor torácico, taquicardia, tos persistente y arritmias cardíacas. Estos síntomas pueden derivarse de la presión del quiste en órganos adyacentes. Generalmente presenta un pronóstico favorable, aunque su historia natural no es completamente conocida³. En la bibliografía se han comunicado desde casos de desaparición espontánea hasta de recurrencia tras la resección quirúrgica, y complicaciones graves, incluso mortales, tales como taponamiento cardiaco por su rotura, shock

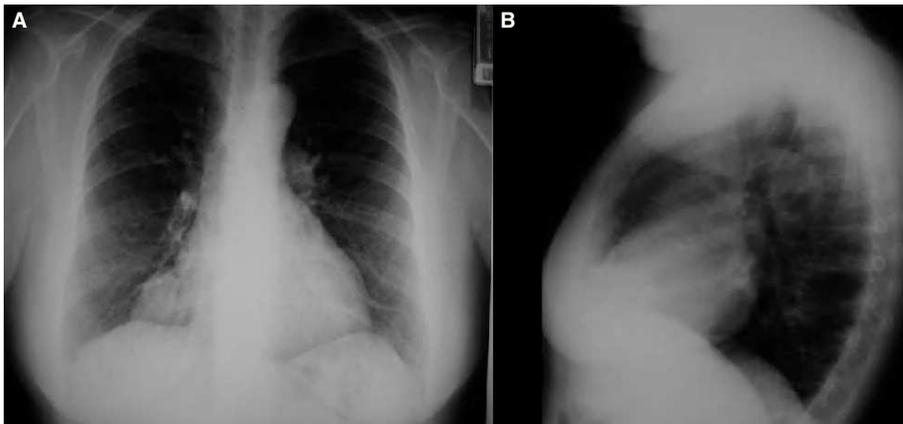


Fig. 1. Proyección de radiografía posteroanterior (A) y lateral de tórax (B) en la que se aprecia el quiste pleuropericárdico en el ángulo costofrénico derecho.

cardiogénico, erosión de la vena cava, torsión, compresión cardíaca o infección del quiste³. El diagnóstico diferencial es amplio e incluye, entre otros, la hernia de Morgani, grasa pericárdica, aneurisma ventricular, tumores cardíacos o broncogénicos y, evidentemente, el resto de masas de mediastino medio². Los autores están de acuerdo en el hecho de que si su inicio es asintomático es un signo de buen pronóstico y que las exploraciones complementarias de elección son la TC de tórax y la ecocardiografía³. No obstante, cuando hay compromiso hemodinámico puede estar indicado el ecocardiograma transesofágico para confirmar la compresión de los grandes vasos o de las cavidades cardíacas por el quiste. La resonancia magnética también ha sido propuesta como técnica de imagen. En el caso de que radiológicamente el quiste sea de dudosa tipificación quística y/o el coeficiente de atenuación del interior del quiste sea mayor que el del agua, está indicada la punción percutánea para descartar procesos neoplásicos o sobreinfección. Los autores recomiendan un tratamiento conservador y seguimiento con TC torácica o ecocardiografía en los casos asintomáticos. El tratamiento quirúrgico se reserva para las siguientes situaciones: presencia de síntomas, quistes de gran tamaño, localizaciones atípicas o vecindad con grandes vasos⁴. La punción del quiste es el tratamiento de elección según la mayoría de los protocolos vigentes⁵; sin embargo, las técnicas quirúrgicas videoendoscópicas se están convirtiendo cada vez más en la modalidad terapéutica preferida por los cirujanos de tórax. No obstante, en los casos complicados o en los que el quiste está adherido a estructuras circundantes está indicada la resección definitiva mediante toracotomía.

En el caso anteriormente descrito, la paciente se encontraba asintomática desde el punto de vista cardiorrespiratorio, y el hallazgo del quiste pleuropericárdico se realizó de forma

casual al practicarse la radiografía de tórax sistemática para el estudio de la abdominalgia que motivó la consulta en el servicio de urgencias, con posterior confirmación mediante ecocardiografía torácica. Por lo tanto, aunque el quiste pleuropericárdico constituya una lesión muy poco frecuente, conviene tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las masas mediastínicas.

Karina Portillo-Carroz, Elena Miguel-Campos y Rosa Montoliú Tarramera

Servicio de Neumología. Hospital 2 de Mayo.
Barcelona. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Duwe B, Sterman D, Musani A. Tumors of the Mediastinum. *Chest*. 2005;128:2893-909.
2. Yuncu G, Cakan A, Ors Kaya S, Senvic S. Atypically located pericardial cyst. *J Cardiovasc Surg*. 2001;42:275-8.
3. Antonini-Canterin F, Piazza R, Ascione L, Pavan D, Nicolosi, Gian L. Value of transesophageal echocardiography in the diagnosis of compressive, atypically located pericardial cysts. *J Am Soc Echocardiogr*. 2002;15:192-4.
4. Mouroux J, Venissac N, Leo F, Guillot F, Padovani B, Hofman P. Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible? *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003;24:684-8.
5. Maisch B, Seferovic P, Ristic A, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Grupo de trabajo para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del pericardio de la sociedad europea de cardiología. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:1090-114.