

Quiste pericárdico postraumático de localización atípica

S. BENITO-CONEJERO, C. CAMACHO-VÁZQUEZ, F. MAROTO-MONSERRAT

Departamento de Cardiología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva

ATIPICALLY LOCATED POSTRAUMATIC PERICARDIAL CYST

RESUMEN

Los quistes pericárdicos son raros, y la mayoría de ellos son de origen congénito. Normalmente se localizan en los ángulos cardiofrénicos, principalmente en el lado derecho. A pesar de que la forma de presentación clínica más frecuente es asintomático y el pronóstico es benigno, se han descrito importantes complicaciones. Por ello clásicamente se ha tendido a una actitud terapéutica agresiva como aspiración percutánea o resección quirúrgica mediante toracotomía o toracoscopia. El caso que describimos es interesante por tratarse de un quiste pericárdico de localización inusual, paramediastínico superior izquierda, y de origen fue postraumático, no congénito. El diagnóstico se realizó por las pruebas de imagen, y tomamos una actitud terapéutica conservadora debido a la buena evolución. Proponemos por ello la opción de tratamiento conservador como actitud válida y razonable en la ausencia de complicaciones o síntomas en su evolución.

PALABRAS CLAVE: Quiste pericárdico. Quiste pleuropericárdico.

ABSTRACT

Pericardial cyst are rare, most of them congenital in origin. They usually are located in the cardiophrenic angles, mainly on the right side. Although the most frequent clinical presentation is asymptomatic, and the prognosis is benign, important complications had been described. For this reason we used to take aggressive therapeutic interventions like percutaneous aspiration or surgical resection by thoracotomy or thoracoscopy. The case we report is interesting because it was an atypically located left upper paramediastinal cyst, and not congenital in origin but postraumatic. The diagnosis was made by imaging techniques and we accomplished conservative alternative because of the favourable evolution. We think that it should be a good option in case of asymptomatic and no complicated cases.

KEY WORDS: Pericardial cyst. Pleuropericardial cyst.

Benito-Conejero S, Camacho-Vázquez C, Maroto-Monserrat F. Quiste pericárdico post-traumático de localización atípica. An Med Interna (Madrid) 2005; 22: 594-596.

INTRODUCCIÓN

Los quistes pericárdicos son una entidad infrecuente. En la literatura se hace referencia a una prevalencia de 1/100000 sobre la población general (1). Suelen ser de origen congénito (2), y sólo en raras ocasiones son adquiridos (3-4). La localización más frecuente es sobre el ángulo cardiofrénico derecho (70%), en segundo lugar el el ángulo cardiofrénico izquierdo (22%), mientras que el restante 8% son hallados adyacente al diafragma, a lo largo del mediastino superior, hilios, o borde cardíaco del ventrículo izquierdo (1).

En el presente trabajo se describe el curso clínico benigno de un quiste pericárdico post-traumático y la decisión terapéutica conservadora que se llevó a cabo debido a su buena evolución, evitando un manejo agresivo del paciente.

CASO APORTADO

Describimos el caso de un paciente de 18 años sin antecedente patológicos que ingresó en nuestro hospital por politraumatismo tras un accidente de motocicleta. Presentó fracturas costales izquierdas, contusión cardíaca y pulmonar y hemotórax que requirió drenaje pleural. Pasada la fase aguda, la radiografía de tórax

mostró una imagen redondeada bien definida en el lóbulo superior izquierdo, que no estaba presente antes del traumatismo, que inicialmente se interpretó en relación con lesión tisular residual postraumático. Tras ser dado de alta la imagen radiológica persistía sin variación. Un mes después en una revisión rutinaria en la consulta externa, encontrándose asintomático, la radiografía de tórax reveló un aumento marcado de la silueta cardíaca además de la imagen redondeada, que permanecía invariable (Fig. 1). La exploración física y el electrocardiograma fueron normales. El ecocardiograma transtorácico mostró derrame pericárdico severo sin signos ecocardiográficos de taponamiento cardíaco. Se practicó una Tomografía computarizada mostró derrame pericárdico y una imagen de características quísticas localizada en el lóbulo superior izquierdo, que se encontraba conectada al pericardio. Se inició tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, y tras 3 semanas el derrame pericárdico había desaparecido en una nueva ecocardiografía de control. Se llevó a cabo estudio del derrame pericárdico con fin de excluir otro origen diferente que el probablemente debido a la existencia de comunicación con el quiste pericárdico. El Mantoux fue negativo y el hemograma, coagulación, y bioquímica completa de sangre y orina, incluyendo proteinograma, estudio electroforético, serología víricas y bacterianas, batería autoinmune y hormonas tiroideas, fueron normales, excluyéndose otras causas del derrame pericárdico. La examinación del quiste por resonancia magnética nuclear confirmó la presencia de una lesión quística redondeada y homogénea de 5,4 x 8 centímetros localizada en el mediastino anterior, situada a la izquierda de los troncos supraaórticos y sobre el segmento apicalposterior del lóbulo superior izquierdo. El quiste estaba conectado al pericardio por un largo pedículo, y fue informado como quiste pericárdico (Fig. 2). Debido a la buena evolución optamos por seguimiento evolutivo del paciente y no tomar actitudes invasivas. El paciente ha permanecido asintomático durante su seguimiento. En la actual resonancia magnética de control, la imagen quística permanece invariable.

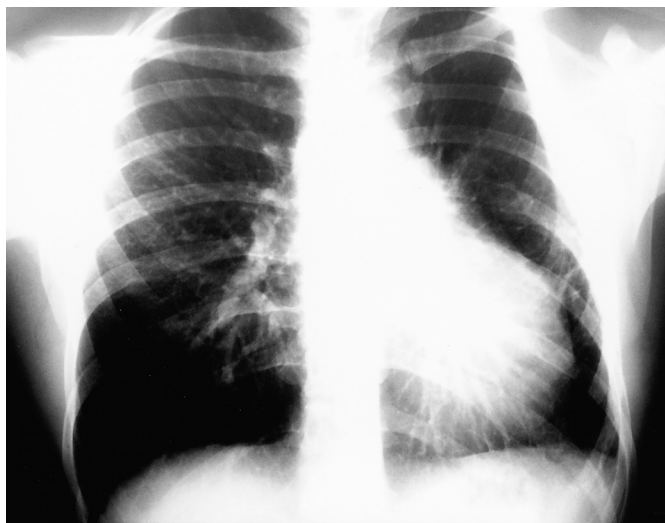


Fig. 1. Radiografía de tórax PA: mostrando una masa homogénea redondeada en la parte mediastínica superior izquierda. El aumento de silueta cardíaca debe al derrame pleural

DISCUSIÓN

Describimos a un paciente con un quiste pericárdico con evolución favorable, con tres peculiaridades clínicas. Primero, que su aparición fue de causa postraumática, tras un trauma-



Fig. 2. En un corte de resonancia magnética se muestra la localización atípica del quiste pericárdico y su conexión con el pericardio.

tismo torácico cerrado. Los quistes pericárdicos son generalmente considerados ser de origen congénito, pero en la literatura aparecen descritos casos de quistes pericárdicos adquiridos tras traumatismos torácicos importantes (4). En segundo lugar, se trataba de un quiste pericárdico pedunculado, en conexión con el pericardio. Lo normal es que sean quistes solitarios, pero un 20% de ellos comunican con el pericardio (5-6). Nuestra hipótesis es que la comunicación entre ambos por el pedículo fue la responsable del derrame pericárdico como también ha sido descrito en otras ocasiones (6). En tercer lugar, el quiste era atípico en su localización como hemos comentado, en la región paramediastínica superior izquierda (1,4-7).

Se planteó diagnóstico diferencial con otras masas mediastínicas de origen postraumático, fundamentalmente con un quiste pulmonar traumático. Para excluir esta posibilidad, fue fundamental la presencia de conexión con el pericardio y el hecho de que el quiste permaneciera invariable en su evolución, que es característico del quiste pericárdico (8).

El diagnóstico se realizó mediante las técnicas de imagen, como es lo normal en estos casos.

Los pacientes usualmente se encuentran asintomáticos y suelen detectarse casualmente cuando se realiza prueba de imagen por otro motivo (7). A pesar de ello, complicaciones como ruptura del quiste, compresión bronquial o de grandes vasos, derrame pericárdico con taponamiento cardíaco e incluso muerte súbita han sido descritas (7). Las pruebas de imagen permiten definir además detalles morfológicos distinguiéndolo de masas sólidas, contribuyendo además a decidir la decisión terapéutica por de la relación anatómica con las estructuras vecinas en caso de complicaciones (1).

Existen varias opciones terapéuticas, técnicas como aspiración percutánea o resección quirúrgica por toracoscopia o toracostomía, son necesarias en caso de síntomas o complicaciones (1,6). Es controvertido y quizás injustificado el tratamiento quirúrgico de un quiste pericárdico asintomático (6).

Para concluir, opinamos que los quistes pericárdicos deberían incluirse en el diagnóstico diferencial de masas

mediastínicas que aparecen tras un traumatismo o como hallazgo casual tras realización de técnica radiológica realizada por otro motivo, independientemente de su localización. Respecto al tratamiento, en caso de buena evolución, el

seguimiento clínico, evitando el tratamiento intervencionista puede ser una buena opción. El manejo clínico conservador parece una opción razonable siempre que el paciente se encuentre asintomático.

Bibliografía

1. Stoller JK, Shaw C, Matthay RA. Enlarging, atypically located pericardial cyst. Recent experience and literature review. *Chest* 1986 ;89: 402-6.
2. Satur CMR, Hsin MKY, Dusset JE. Giant pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 1996 ;61: 208-10.
3. Peterson DT, Zats LM, Popp RL. Pericardial Cyst Ten years after Acute pericarditis. *Chest* 1975 ; 67: 719-721.
4. Tung KT, Chan O. Case Report: Misdiagnosis of an Atypical Pericardial Cyst Presenting in a Patient with Chest Trauma. *Clin Radiol* 1991; 43: 272-273.
5. Kutlay H, Yavuzer S, Han S, Cangir AK. Atypically Located Pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 2001 ;72: 2137-9.
6. Bava GL, Magliani L, Bertoli D, Gorrieri PF, Rimini A, Zaccagnini G, Bertolini A. Complicated Pericardial Cyst: Atypical Anatomy and Clinical Course. *Clin Cardiol* 1998; 21: 862-864.
7. Antonini-Canterin F, Piazza R, Ascione L et al. Value of Transesophageal Echocardiography in the diagnosis of compressive, atypically Located Pericardial Cyst. *Soc Echocardiogr* 2002 ;15: 192-4.
8. Cochlin DLI, Shaw MRP. Traumatic Lung Cyst Following Minor Blunt Chest Trauma. *Clin Radiol* 1978 ;29: 151-154.