

**Quiste pericárdico gigante**

**Sr. Director:** Los quistes pericárdicos (QP) constituyen una entidad dentro de las tumoraciones del mediastino cuya incidencia se estima en 1:100.000 habitantes. Generalmente son asintomáticos y se detectan como un hallazgo radiológico casual. Describimos el caso de una paciente en la cual esta patología se presentó con características atípicas.

Mujer de 59 años que consultó por tos y esputos hemoptoicos. El examen físico reveló en la auscultación pulmonar la ausencia de murmullo vesicular en el tercio inferior del hemitórax derecho. El resto de la exploración resultó anodina. La analítica y el EG fueron normales. La radiografía de tórax evidenció una gran tumoración en la base del hemitórax derecho, de límites bien definidos, borde superior convexo y densidad homogénea. Se estableció el diagnóstico de sospecha de QP que fue confirmado con TAC y resonancia nuclear magnética (RNM) torácicas, que mostraron una gran formación quística (14 x 12 cm) con contenido homogéneo correspondiente a líquido, en íntimo contacto con pericardio, extendiéndose por delante de la aorta ascendente y desplazando ligeramente el mediastino (fig. 1). La broncoscopia objetivó importante edema bronquial, sobre todo en los basales derechos cuya luz se encontraba disminuida, y la arteriografía pulmonar (ASD) una avascularización total en la zona correspondiente a la formación quística. Se realizó toracotomía posterolateral comprobando el gran volumen del quiste y su comunicación con el pericardio; mediante punción previa del QP se evacuaron 1.500 ml de líquido cristalino, facilitándose así su exéresis y la ligadura del cuello en la zona paraaórtica. El examen histológico corroboró el diagnóstico y la paciente fue dada de alta.

Los quistes pericárdicos constituyen una anomalía congénita inusual, cuyo origen radica en un defecto de fusión de una de las lagunas mesenquimales que se unen para formar el saco pericárdico y que comunican con éste en un 10% de los casos<sup>1</sup>. Aparecen como masas redondeadas, de paredes finas y conteniendo en su interior un líquido seroso claro. Se localizan, por lo general, en los ángulos cardiofrénicos y principalmente en el lado derecho, apareciendo en la radiografía como una densidad redondeada homogénea, de contornos regulares, con un borde superior convexo y en las localizaciones anteriormente descritas. No obstante, se han descrito localizaciones atípicas (borde cardíaco izquierdo, mediastino superior, área paratraqueal, proximidad del arco aórtico, etc.<sup>2</sup>) donde se pueden plantear dudas diagnósticas con otras lesiones mediastínicas<sup>3</sup>.

El tamaño de los quistes suele oscilar entre 5-7 cm, aunque en casos excepcionales como el descrito, éste se ve incrementado, provocando la aparición de sintomatología, de otra parte inusual en este tipo de patología<sup>4</sup>. Puede aparecer tos, disnea, opresión precordial, dolor torácico, e incluso se ha descrito la sintomatología secundaria a la obstrucción de uno

**Fig. 1. RM torácica en la que se aprecia una gran formación quística que ocupa toda la base del hemitórax derecho en íntimo contacto con el pericardio y se extiende hacia el mediastino superior.**



de los bronquios principales. Este fue el caso de la paciente en la cual el gran tamaño del QP y la localización del mismo condicionaron la aparición de sintomatología respiratoria. Las técnicas diagnósticas hoy disponibles (ecocardiograma, TAC, RNM) nos permiten diferenciar lesiones quísticas de masas sólidas evitando la agresividad de otras exploraciones. Pero existen circunstancias (QP de gran tamaño, localización atípica, densidad de tejidos blandos, etc.) en las cuales, incluso tras la realización de estas técnicas, el diagnóstico no queda confirmado, precisando entonces de la aplicación de otros medios más invasivos.

En cuanto al tratamiento de los mismos, se han descrito distintas técnicas que eviten la agresividad de la toracotomía; la aspiración percutánea con control radiográfico y la toracoscopia (asistida por vídeo o no), son poco agresivas e igualmente eficaces en la aspiración y resección del QP<sup>5</sup>. En nuestro caso, no obstante, se procedió a la toracotomía debido de una parte al gran tamaño del quiste que se extendía hasta el espacio cervicotorácico superior, y de otra a la proximidad de estructuras vasculares.

**M.L. Nieto<sup>a</sup>, A. Morcillo<sup>b</sup> y P. de la Cuadra<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Servicio de Neumología.

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía Torácica.

Hospital Universitario La Fe. Valencia.

1. Amram J Cohen, Le Nardo Thompson, Fred H Edwards, Ronald F Bellamy. Primary cysts and tumours of the mediastinum. *Ann Thorac Surg* 1991; 51: 378.
2. Davis Jr RD, Oldham NH, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasm of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. *Ann Thorac Surg* 1987; 44: 229.
3. Stoller JK, Shaw C, Matthey RA. Enlarging, atypically located pericardial cysts. *Chest* 1986; 89: 402-406.
4. Satur CMR, Hsin MKY, Dussek JE. Giant pericardial Cyst. *Ann Thorac Surg* 1996; 61: 208-210.

5. Schwarz CD, Puschmann R, Eckmayr J, Hartl P, Mayer KH, Zisch RJ. Videoendoscopic removal of a mediastinal cysts. *Chest* 1994; 105: 1.254-1.256.

**Hemorragia alveolar difusa de causa infrecuente**

**Sr. Director:** La hemorragia alveolar difusa (HAD) es un proceso que puede ser consecuencia de múltiples etiologías entre las que se debe establecer el diagnóstico diferencial. Las características más frecuentes de la HAD suelen ser hipoxemia, esputos hemoptoicos, anemia, infiltrados radiológicos alveolares, pudiendo haber también disnea, dolor torácico y fiebre<sup>1</sup>. Nos ayudan en su diagnóstico la fibrobroncoscopia y el lavado broncoalveolar (BAL).

La HAD puede darse en varias enfermedades que agrupamos en: infecciosas, secundarias a agentes externos, neoplasias malignas, coagulopatías y enfermedades inmunes. El diagnóstico diferencial también debe plantearse con otras enfermedades como insuficiencia cardíaca izquierda, distrés respiratorio incipiente y tromboembolismo pulmonar.

Presentamos un caso clínico de HAD, en el que tras descartarse las posibles etiologías más frecuentes del mismo, el resultado histológico de la autopsia clínica nos induce a pensar en la sarcoidosis como causa infrecuente de esta entidad.

Varón de 53 años de edad con antecedentes de tabaquismo leve y trabajador en una harinera hasta hace 12 años. Presentaba un cuadro clínico consistente en tos con expectoración ocasionalmente hemoptoica, disnea a medianos esfuerzos, síndrome febril de 39 °C con escalofríos y un síndrome tóxico (astenia, anorexia y pérdida de peso) de unos 3-4 meses de evolución. En el medio ambulatorio, tras practicar radiología de tórax, se etiquetó el cuadro de neumonía y se inició tratamiento con cefuroxima. A los pocos días acudió a urgencias por empeoramiento de la sintomatología, presentando una hipoxemia