

Quiste pericárdico: diagnóstico y tratamiento por punción aspirado transparietal

I. Alfageme Michavila, F. Romero Ruiz*, C. Huertas Cifredo, R. Escalante Aguilar y S. Umbría Domínguez

Servicio de Neumología. *Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Se presenta un caso de quiste pleuropericárdico en un varón de 25 años que consultó por dolor torácico. Tras la sospecha clínica se practicó una punción transparietal. Inicialmente desapareció el quiste y el enfermo permaneció asintomático. Se revisan las nuevas técnicas diagnósticas y la actitud terapéutica ante este proceso benigno.

Arch Bronconeumol 1993; 29:350-352

Pericardial cyst: diagnosis and treatment by transparietal aspiration puncture

A case of a pleuropericardial cyst presented in a 25 year old male who consulted for thoracic pain is reported. On clinical suspicion transparietal puncture was performed with the cyst initially disappearing and the patient remaining asymptomatic. The new diagnostic techniques and therapy of this benign process are reviewed.

Introducción

Los quistes mesoteliales (pericárdicos o pleuropericárdicos) suelen ser congénitos y es probable que se desarrollen como consecuencia de aberraciones en la formación de las cavidades celómicas¹. Son lesiones infrecuentes entre la población (1/100.000 habitantes)². Se presentan como masas redondeadas en cualquier ángulo costofrénico, aunque también pueden tener localizaciones atípicas, incluyendo el mediastino superior. Pueden entonces confundirse con otras lesiones tales como timomas, linfomas, tumores mesenquimales o de células germinales extragonadales³. Por lo general son asintomáticos, pero cuando presentan síntomas la aspiración percutánea del quiste, una vez descartada la posibilidad de un quiste hidatídico, es una alternativa a la resección quirúrgica.

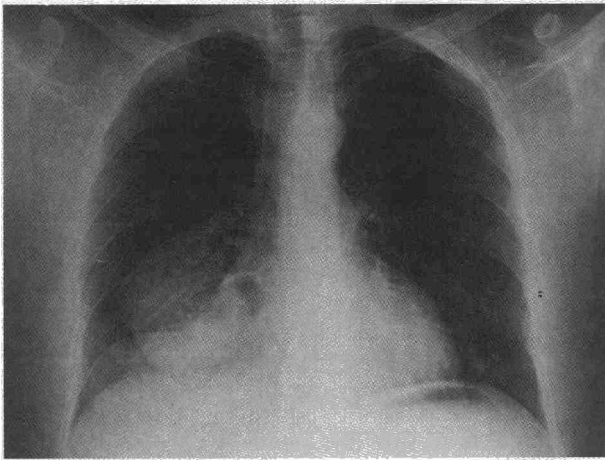
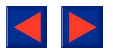
Se presenta un caso que fue tratado mediante punción del quiste con desaparición posterior del mismo y recidiva parcial a los 15 meses.

Correspondencia: Dra. I. Alfageme.
C/ Bobby Deglané, 5. 3D. 41001 Sevilla.

Recibido: 23-12-1992; aceptado para su publicación: 13-1-1993.

Observación clínica

Se trataba de un varón de 25 años, ingresado en septiembre de 1990 por presentar dolor en hemitórax derecho de características respiratorias irradiado a espalda y región anterior del tórax. Era fumador de 20 cigarrillos/día; había sido diagnosticado de neumonía 2 años antes en un servicio de urgencias y había tenido un episodio de orquitis el año anterior. En la exploración física se apreciaba una disminución del murmullo vesicular en el plano anterior de hemitórax derecho por debajo de la mamila. En la radiografía simple de tórax existía una masa de contornos netos y densidad agua localizada en la base derecha (figs. 1a y b). En la TAC torácica se apreciaba una masa ovoide de márgenes definidos, densidad homogénea y coeficiente de atenuación próximo al agua (figs. 2a y b). La analítica elemental era normal. La hemaglutinación indirecta para la hidatidosis resultó negativa. IgE total, 58 U/ml. Se hizo punción aspirada obteniendo unos 70 cc de líquido transparente como agua de roca, con pH 7,49. Glucosa 0,05 g/dl; proteínas totales 0,18 g/dl; LDH indetectable; recuento celular: 1 leucocito/ μ l. ADA 0,5 U/l; CEA, 0,00. Tinción de gram fue negativa; examen directo sin ganchos ni escólice. Cultivos microbiológicos negativos. Citología de líquido pleural: material prácticamente acelular. Tras la punción, la imagen quística disminuyó de tamaño hasta desaparecer por completo (fig. 3). Un control practicado a los 6 meses mostraba

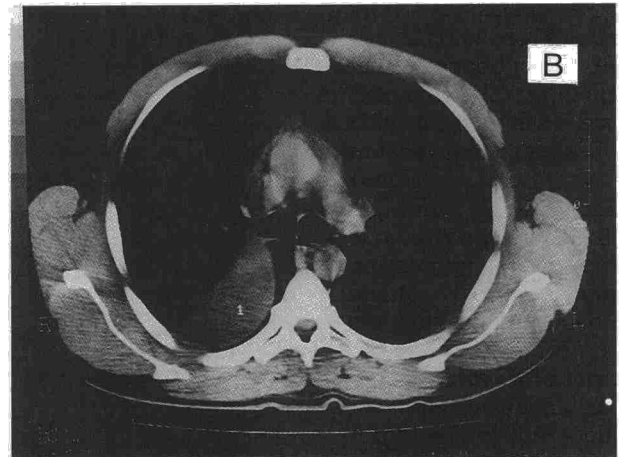
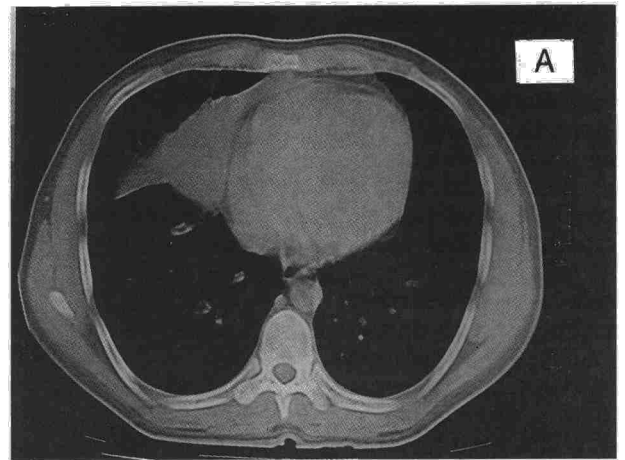


Figs. 1a y b. Tórax a) posteroanterior y b) lateral. Masa ovoide de contornos netos y densidad agua, homogénea, que partiendo del ángulo cardiofrénico derecho se introduce en la cisura interlobar mayor.

una radiografía de tórax normal y el paciente permanecía asintomático. En una nueva revisión a los 15 meses se detectaba en la radiografía de tórax una imagen quística de menor tamaño e igual localización a la inicial, aunque el paciente seguía estando asintomático.

Discusión

El abordaje diagnóstico de las masas mediastínicas se ha revolucionado con la difusión de las nuevas



Figs. 2a y b. a) TAC a la altura de la base pulmonar. Masa ovoide de márgenes definidos, densidad homogénea y coeficiente de atenuación próximo al agua que se sitúa en el ángulo cardiofrénico y paraventricular derechos, contactando con la pared anterior torácica e introduciéndose ligeramente en la cisura mayor. b) Corte a nivel de los bronquios de los lóbulos superiores. Se aprecia con mayor detalle la masa introduciéndose en la cisura mayor derecha.

técnicas de imagen como la tomografía computarizada (TC) que permite distinguir el contenido líquido del sólido así como establecer las relaciones y el origen de las mismas⁴. Esto ha permitido una actitud terapéutica diferente ante la ausencia de potencial maligno de algunas de estas lesiones, como es el caso de los quistes pleuropericárdicos o quistes simples.

Los quistes pericárdicos son estructuras redondeadas u ovaladas, con contorno liso y densidad homogénea, por lo general adyacentes al borde cardíaco. Radiográficamente asientan en ángulos cardiofrénicos (derechos y menos frecuentemente izquierdos); sólo 34 casos desde 1929 han sido descritos fuera de esta localización, pudiendo llegar a mediastino superior³. Otras veces tienen aspecto triangular y en la radiografía lateral pueden tener forma de lágrima por su inserción en el septo interlobular (entre los lóbulos medio e inferior); por su contenido líquido pueden cambiar de forma al variar la posición del cuerpo o con la postura⁵. Esta forma triangular se ha atribuido a adheren-

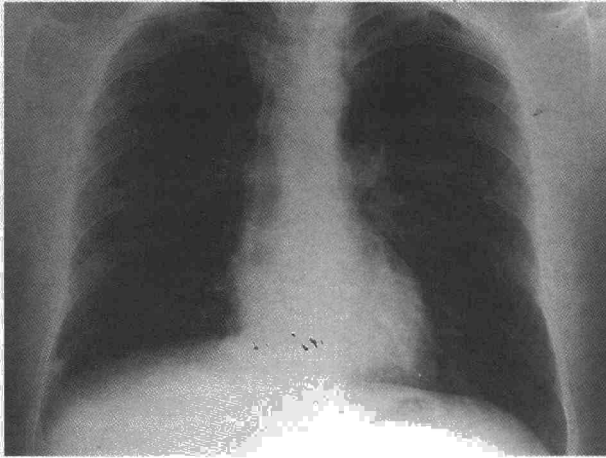
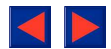


Fig. 3. Control postevacuación.

cias, o bien, a una posible deformación del quiste por la cisura mayor, debido a la falta de tensión dentro del mismo que permitiría que éste se deformara⁵. Excepcionalmente semejan un derrame pleural⁶.

El contenido de estos quistes varía entre claro o seroso. Puede ser como agua de roca, como sucedió en nuestro caso, o bien más viscoso o incluso semejando un contenido sólido⁵, probablemente debido a sangrado o sobreinfecciones en su interior.

Hasta ahora el tratamiento ha sido quirúrgico debido a la imposibilidad de diferenciarlo de tumores malignos del mediastino. Con el uso de la TAC y la separación de las masas con bajo coeficiente de atenuación, se ha facilitado la detección de contenido líquido. La punción aspirado del quiste, bien transparietal⁷ o a través de los bronquios o esófago⁸, con el consiguiente análisis citológico del líquido, permite llegar a un diagnóstico y evitar así una intervención quirúrgica. La resonancia magnética nuclear (RMN) no aporta excesivas ventajas al diagnóstico sobre la TAC⁹. Debido a que los quistes mediastínicos uniloculares (es decir, pericárdicos, tímicos, linfangiomatosos o bronquiales) no tienen potencial neoplásico ni se conoce que causen complicaciones catastróficas agudas, algunos autores recomiendan su extirpación sólo si hay complicaciones locales o aparecen síntomas³.

Microscópicamente la pared quística está compuesta por una capa delgada de tejido fibroso, revestido por una única capa de células aplanadas o cúbicas semejantes a las células mesoteliales¹⁰. A veces no se puede distinguir histológicamente su origen. La citología del contenido del quiste suele ser de material acelular⁶, al igual que sucedía en nuestro paciente.

En su evolución, la desaparición espontánea se ha descrito en quistes broncogénicos o de etiología desconocida, y se ha atribuido a varios posibles factores, entre los que se cuentan la rotura del quiste por aumento de la presión intraluminal que excede la tensión de la pared; la digestión por pepsinas de la pared del quiste; o bien la erosión de estructuras adyacentes por presión de necrosis¹¹. En la revisión de Stoller de 1986, la aspiración percutánea del quiste se practicó en 7 casos, sin posteriores recidivas en un seguimiento de hasta 3 años³. En nuestro caso, no hubo una aspiración total del contenido del quiste, sólo se extrajeron 70 ml y el resto se evacuó espontáneamente a la cavidad pleural, reabsorbiéndose en pocas horas y desapareciendo por completo. Sin embargo, a diferencia de la experiencia de los autores anteriores³, tras una inicial desaparición, se llenó de nuevo a los 15 meses.

Dada su evolución benigna y su lento crecimiento, ante una masa mediastínica con bajo coeficiente de atenuación, en un enfermo sintomático, y una vez descartada la posibilidad de un quiste hidatídico, abogamos por la aspiración transtorácica de la misma como método diagnóstico y de tratamiento inicial. Dada la inocuidad de la técnica, ésta podría repetirse en caso de recidivas, cuando aparecieran síntomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fraser RG, Paré JA, Paré PD, Fraser RS, Genereaux GP. Diagnóstico de las enfermedades de tórax (3.ª ed). Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana, 1992; vol. 4; 2.667-2.669.
2. Le Roux BT. Pericardial coelomic cysts. *Thorax* 1959; 14:27-35.
3. Stoller JK, Shaw C, Matthay RA. Enlarging, atypically located pericardial cyst. *Chest* 1986; 89:402-406.
4. Glazer HS, Siegel MJ, Sagel SS. Low-attenuation mediastinal masses on CT. *AJR* 1989; 152:1.173-1.177.
5. Brunner DR, Whitley NO. A pericardial cyst with high CT numbers. *AJR* 1984; 142:279-280.
6. Castañedo Allende M, Bravo Bravo JL, Roig Verge A. Falso derrame pleural: presentación atípica de un quiste pericárdico. *Arch Bronconeumol* 1989; 25:331-333.
7. Friday RO. Paracardiac cyst: diagnosis by ultrasound and puncture. *JAMA* 1973; 226:82.
8. Kuhlman JE, Fishman EK, Wang KP, Zerhouin EA, Siegelman SS. Mediastinal Cysts: Diagnosis by CT and needle aspiration. *AJR* 1988; 150:75-78.
9. Amparo EG, Higgins CB, Farmer D, Gamsu G, McNamara M. Gated MRI of cardiac and paracardiac masses: Initial experience. *AJR* 1984; 143:1.151-1.156.
10. Marcote E, Baltasar A, Arlandis F, Vierna J. Quiste pericárdico. *Rev Cir Torac Vasc* 1991; 9:484-487.
11. Martin KW, Siegel MJ, Chesna E. Spontaneous resolution of mediastinal cyst. *AJR* 1988; 150:1.131-1.132.