

ASOCIACION DE HERNIA DIAFRAGMATICA Y QUISTE CELOMICO DE PERICARDIO

Por el Dr. R. CAPELLÁ VALLS
(Ciudad Sanatorial de Tarrasa)

Es un hecho frecuente en clínica observar procesos asociados de origen congénito. Por su interés y por su carácter asintomático, pese a su extensión a nivel del mediastino medio y anterior, vamos a referirnos a una observación nuestra que hemos podido seguir durante varios años.

Enferma R. R. C., de sesenta y seis años de edad. Profesión: sus labores. Nacida a término. Desarrollo normal. Enfermedades eruptivas en la infancia. Menarquia a los doce años. Menopausia a los cuarenta y siete años. Ha tenido cuatro hijos, sanos. Entre sus antecedentes patológicos consta un proceso etiquetado de neumónico a los veintisiete años. Apendicectomía a los cuarenta y dos años. Nunca se había practicado un reconocimiento radiológico torácico.

Acude a nuestra consulta por aquejar exclusivamente algias discretas en la región precordial, no irradiadas y sin relación con el esfuerzo. Su visita tiene una base preventiva, más que una motivación objetiva determinada.

Se trata de una paciente normotípica, con poco pániculo adiposo y coloración normal de piel y mucosas.

La exploración física torácica revela una discreta retracción del hemitórax derecho con vibraciones y movilidad normales. Percusión y auscultación, normales.

El sistema circulatorio presenta un pulso rítmico y regular, tenso. Presión arterial: 160/90 mms. de Hg. Corazón: la punta late en el quinto espacio por fuera de la línea medioclavicular. No se palpan frémitos en la región precordial. La auscultación revela unos tonos normales, secos, con segundo tono aórtico algo fuerte. El trazado electrocardiográfico demuestra una desviación axil hacia la izquierda y signos de moderada hipertrofia ventricular del mismo lado. Patentes no patológicas.

Exploración abdominal dentro de la normalidad. Sistema nervioso, normal.

La imagen radiológica torácica anteroposterior (fig. 1) demuestra un tórax bien conformado, con moderada retracción superior derecha y discreto velado apical antiguo. Parénquima pulmonar, normal. Bases, desplazables. Silueta cardíaca con cayado aórtico algo prominente y diámetro de la base amplio. Prominencia circular del borde auricular derecho. Imagen bien trazada y aparente de salida de la arteria pulmonar derecha que se superpone con una opacidad que ocupa el borde derecho de la silueta. La proyección radiológica en discreta O.A.I. y mayor penetración (fig. 2) re-

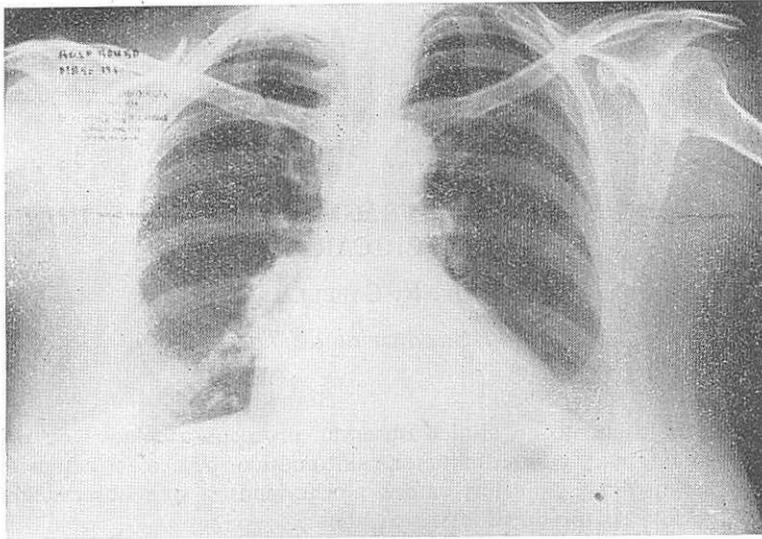


FIG. NÚM. 1

vela la existencia de una gran cámara aérea, semicircular, de bordes precisos y densos que se inscribe dentro del marco de la silueta cardíaca. Adosada al borde derecho del corazón, otra imagen homogénea, de densidad aparentemente líquida y perfectamente trazada en forma de semiesfera. La proyección transversa (fig. 3) demuestra la existencia de una cámara aérea en el mediastino medio y junto a ella, en situación más anterior, la imagen densa y circular. La administración de contraste baritado (fig. 4) señala la presencia de una cúpula gástrica situada en forma herniaria a

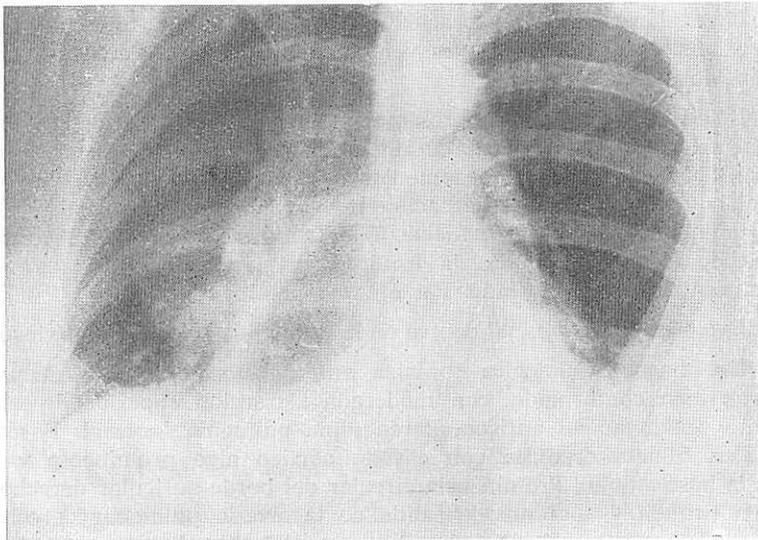


FIG. NÚM. 2

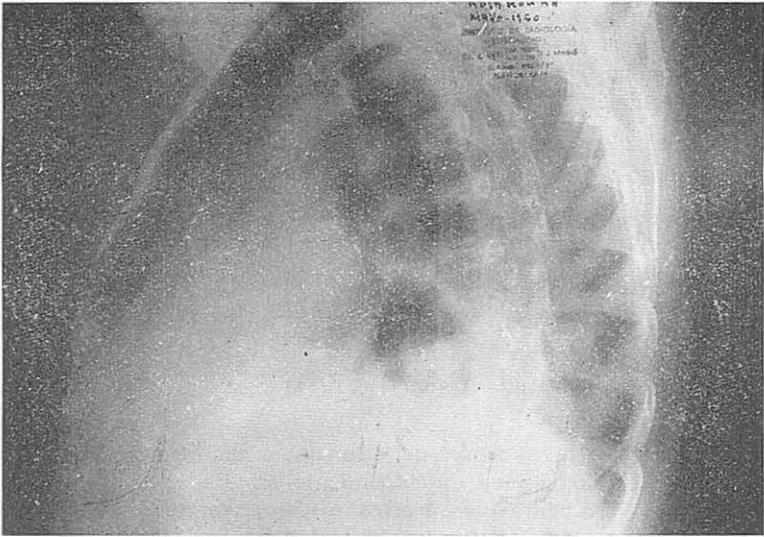


FIG. NÚM. 3



FIG. NÚM. 4

nivel del mediastino medioposterior, quedando un estómago bilobulado, de tránsito normal y con perfecta evacuación bulbo-duodenal. La imagen, no obtenida en posición de Trendelenburg, no revela toda la magnitud de la cámara herniaria.

Los controles analíticos están dentro de la normalidad. Reacción de CASSONI, negativa.

Dada la edad de la consultante y la ausencia de molestias reales se excluye toda intervención.

Se han practicado revisiones periódicas durante cinco años, sin alteración alguna de las imágenes ni aparición de nueva sintomatología.

DISCUSION

Lo que llama más la atención de esta doble malformación asociada es la ausencia de sintomatología y su descubrimiento en edad avanzada de la vida. Si bien este hecho es frecuente para ciertos procesos estáticos del mediastino, no lo es tanto para una hernia diafragmática del volumen de la que nos ocupa. Se trata, en efecto, de una hernia diafragmática congénita, situada en el mediastino medioposterior y que se ha producido a través del hiato esofágico de Berg. Su situación retrocardíaca, con base de contacto amplia sobre la silueta, hace que ésta aparezca ensanchada en su proyección anteroposterior, hecho que llama la atención del observador en el primer examen radioscópico. El tránsito fácil del contraste baritado y el vaciamiento normal del estómago no han dado lugar a fenómenos espasmódicos, disfagia, disnea, eructos, regurgitaciones o vómitos, que la paciente hubiese detectado en épocas precedentes. *La clínica y la radiología hacen pensar en la presencia de una variedad braquiesofágica de hernia diafragmática; preferentemente congénita.* Durante el período embrionario, por cortedad excesiva del esófago, se detiene parcialmente el descenso del estómago hacia la cavidad abdominal, quedando colgada en posición supradiafragmática parte de la viscera, generalmente la cúpula. Ello daría lugar a una cavidad gástrica bilobulada, en posición fija, sin fenómenos espasmódicos, motivo por el cual su descubrimiento se haría a largo plazo o con motivo de una revisión sistemática. A esta variante braquiesofágica con topografía gástrica torácica la llamó VON BERGMANN «Traktions-luxation des Magens», denominación que expresa claramente su etiología.

Si el diagnóstico de la hernia diafragmática ha sido evidente, sólo lo es de presunción el quiste celómico de pericardio que exponemos. Para un diagnóstico preciso es absolutamente necesaria una toracotomía. No obstante, por su evolución, morfología y topografía, podemos excluir una serie de malformaciones posibles en el mediastino: quistes dermoides, broncogénicos, gastroentéricos, esofágicos, tímicos, linfangiomas y meningoceles, por citar sólo las formaciones quísticas probables en esta región. Las formaciones sólidas, cualquiera que sea su naturaleza, quedan de entrada prácticamente excluidas, por lo que no es menester citarlas aquí. En nuestro caso, la situación en el espacio antero-inferior derecho del mediastino aboga a favor de un *quiste celómico del pericardio*. La imagen semiesférica, densa, bien circunscrita, adherida al borde cardíaco en forma sesil corrobora nuestro aserto. Un *aneurisma del ventrículo derecho*, como proceso diferencial, no cuenta con antecedentes circulatorios suficientes para apoyar el diagnóstico. Su carácter asintomático y la falta de antecedentes reumáticos excluyen también un proceso adquirido de esta naturaleza como es el *divertículo o*

hernia serosa del pericardio (descrito por nosotros, entre otros, por GARCÍA ALONSO, aunque con morfología distinta).

Para LAMBERT, el *quiste celómico del pericardio*, llamado también *quiste seroso*, *quiste mesotelial simple* y *quiste mesotelial mediastínico del pericardio*, sería una malformación que revierte a las primeras fases de la organogénesis, cuando el llamado *celoma pericárdico* se está formando a partir de las lagunas mesenquimatosas; en su opinión, el fallo de una de las primitivas lagunas para fusionarse con las otras daría lugar, eventualmente, a la formación de una cavidad independiente o quiste pericárdico postembrionario. Esta eventualidad es rara, por lo que su hallazgo, aunque casual, es difícil. BLADES, revisando soldados americanos, encuentra el quiste celómico en la proporción de 1 por 300.000, y LE ROUX, entre enfermos hospitalarios, obtiene una proporción de 1 por 3.400, comprobados o firmemente supuestos. Asociados con hernia diafragmática no hemos encontrado cita bibliográfica alguna, hecho que da singularidad a nuestra observación.

Otro dato a aportar para el diagnóstico diferencial es el cambio de forma que puede experimentar la imagen quística con los movimientos forzados y adoptando distintas posiciones (decúbitos supino y lateral). Este fenómeno se ha relacionado con la existencia de una amplia comunicación entre quiste y serosa del pericardio que permitiría un trasvase del líquido de una a otra cavidad. LE ROUX cita esta eventualidad en algunas formas de su notable casuística. No obstante, es corriente que este fenómeno no se presente; la cavidad líquida acostumbra a estar a tensión, tabicada y es unilocular. En nuestra observación no existieron cambios de morfología con las maniobras citadas.

Como resumen, y por todas las razones expuestas, creemos encontrarnos ante un quiste celómico de pericardio firmemente supuesto y una hernia diafragmática confirmada, asociación prácticamente asintomática y de descubrimiento tardío.