



## IMÁGENES

### Dolor torácico, disnea y bloqueo de rama izquierda: la clave estaba en lo más simple



### Chest pain, dyspnea and left bundle branch block: the key was in the simplest

Óscar Fabregat-Andrés<sup>a,b,\*</sup>, Juan Margarit<sup>c</sup> y Alfonso Amador Valverde-Navarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cardiología, Hospital IMED Valencia, Valencia, España

<sup>b</sup> Departamento de Embriología y Anatomía Humana, Universitat de València, Valencia, España

<sup>c</sup> Servicio de Cirugía Cardíaca, Hospital IMED Valencia, Valencia, España

Recibido el 18 de enero de 2019; aceptado el 28 de enero de 2019

Mujer de 55 años con antecedentes de disnea de moderados esfuerzos y disconfort torácico, con bloqueo completo de rama izquierda del haz de His (BCRIHH) en el electrocardiograma (ECG), que consulta por empeoramiento de los síntomas en las últimas semanas.

La paciente había sido estudiada en otros centros por sospecha de insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, con ecocardiograma que mostró función sistólica conservada con asincronía de septo interventricular por BCRIHH, ergometría clínicamente positiva a carga moderada por disnea y dolor torácico, y coronariografía con arterias coronarias normales. Seguía tratamiento farmacológico con ácido acetilsalicílico, betabloqueantes, y antagonistas del receptor de la angiotensina II con hidroclorotiazida, por hipertensión arterial concomitante.

En la evaluación inicial, la paciente presentaba buen estado general, sin soplos patológicos en la auscultación cardíaca ni signos de congestión sistémica, ritmo sinusal con BCRIHH en el ECG, y llamó la atención la presencia de una imagen nodular de gran tamaño en localización basal anterior en el hemitórax derecho en la radiografía simple de tórax (fig. 1). Con este hallazgo, se solicitó un TAC torácico

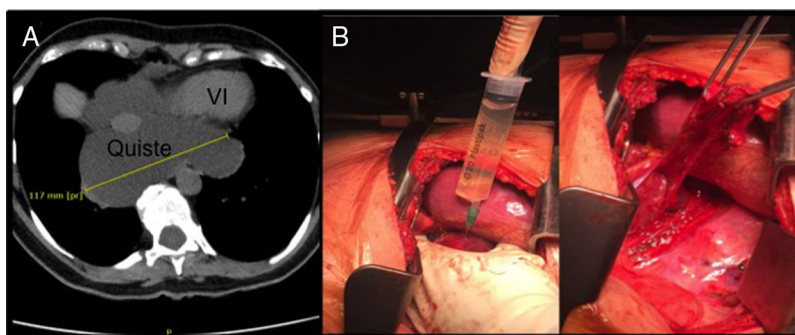


**Figura 1** Radiografía de tórax que muestra gran imagen nodular en localización basal medial del hemitórax derecho (ver flechas).

que confirmó la presencia de una gran masa (10 × 12 cm) con características de benignidad y densidad cercana a 0 unidades Hounsfield, en región medial, adyacente a pericardio y pleura mediastínica, altamente sugestiva de quiste pleuropericárdico gigante (fig. 2A).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ofabregat@imedhospitales.com](mailto:ofabregat@imedhospitales.com) (Ó. Fabregat-Andrés).



**Figura 2** (A) Tomografía computarizada de tórax que muestra quiste gigante en localización media en íntimo contacto con aurículas izquierda y derecha, pared esofágica, y pleura mediastínica, envolviendo vena azygos y vena cava superior, sin signos de infiltración en ninguna de estas estructuras. (B) Cirugía cardíaca: drenaje inicial del quiste (no signos de malignidad en estudio anatomopatológico) y resección quirúrgica completa de la pared del quiste. VI: ventrículo izquierdo.

La paciente fue intervenida mediante toracotomía lateral con drenaje inicial mediante punción y resección completa posterior de la pared del quiste (fig. 2B), y permanece asintomática a un año de seguimiento.

El quiste pleuropericárdico es una entidad muy poco frecuente, de localización preferente en mediastino medio y de curso generalmente asintomático. Al ser en la mayoría de las ocasiones un hallazgo incidental, el tratamiento suele ser conservador<sup>1</sup>. Sin embargo, en quistes de gran tamaño puede aparecer clínica de disnea, dolor torácico, palpitaciones, o complicarse con taponamiento cardíaco o hemoptisis<sup>2,3</sup>. En nuestro caso, la sospecha de cardiopatía se mantuvo durante meses a pesar de las pruebas complementarias cardiológicas poco congruentes, probablemente por la presencia de BCRHH y la sospecha de cardiomegalia, que en realidad venía determinada por la silueta del quiste.

La clave del caso residía en la evaluación detallada de una prueba fundamental en la aproximación diagnóstica de todo paciente con sospecha de cardiopatía, la radiografía simple de tórax.

## Bibliografía

1. Yeste-Martín R, Navarro-Marín LJ, Herrero-Rodríguez C. Pleuropericardial cyst: uncommon location and presentation. *Arch Bronconeumol.* 2017;53:208.
2. Arghir OC, Dantes E, Velescu L, Saon C, Galbenu P, Ciobotaru C. Giant left-sided pleuropericardial cyst, mimicking a heart disease. *Pneumologia.* 2013;62:34–6.
3. El Hammoumi MM, Sinaa M, El Oueriachi F, Aarsalane A, Kabiri EH. Pleuropericardial cyst rupturing into the pericardium causing tamponade. *Rev Mal Respir.* 2014;31:442–6.