

SITUACIONES CLÍNICAS

Quiste pericárdico

J. Gervilla Caño^{a,*}, J. Soler González^b, J. Melé Olivé^b, P. Domingo Salvany^a,
E. Mayolas Saura^a y C. Oriol Zerbe^a

^aMedicina Familiar y Comunitaria, CAP Dr. Vilaseca (Can Mariner), Santa Coloma de Gramenet, Barcelona, España

^bMedicina Familiar y Comunitaria, Regió Sanitària de Lleida, Lleida, España

Recibido el 5 de enero de 2009; aceptado el 17 de diciembre de 2009

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2010

PALABRAS CLAVE

Quiste pericárdico;
Mediastino;
Atención Primaria

KEYWORDS

Pericardial cyst;
Mediastinum;
Primary health care

Resumen

Los quistes pericárdicos son raros, habitualmente asintomáticos y su descubrimiento suele ser casual. Presentamos el caso de un paciente con un quiste pericárdico que fue encontrado casualmente en una radiografía de tórax como una lesión radiopaca en el ángulo cardiofrénico derecho.

© 2009 Elsevier España, S.L. y SEMERGEN. Todos los derechos reservados.

Pericardial cyst

Abstract

Pericardial cysts are rare, are usually asymptomatic and their discovery is generally incidental. We report the case of a male patient with a pericardial cyst that was found incidentally on a chest X-ray as a radio-opaque lesion in right cardiophrenic angle.

© 2009 Elsevier España, S.L. and SEMERGEN. All rights reserved.

Introducción

A veces los médicos nos encontramos, tras la práctica de una prueba complementaria realizada por otro motivo, con un hallazgo casual que nos pone en alerta y nos puede desconcertar. El conocimiento de estos posibles hallazgos nos puede servir para orientar mejor el caso e informar mejor al paciente de las posibilidades diagnósticas. No

siempre se deben realizar conductas agresivas ante todo lo que encontramos y que se sale de lo normal.

Exposición del caso

Varón de 53 años, con antecedentes de hipertrofia benigna de próstata y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Su medicación habitual es doxazosina neo 4 mg/24 h y bromuro de ipratropio 3 inhalaciones/8 h. Acude a la consulta por fiebre de 38,4 °C, tos y expectoración verdosa de 3 días de evolución que no ha mejorado con antitérmicos. A la

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: msx333@gmail.com (J. Gervilla Caño).

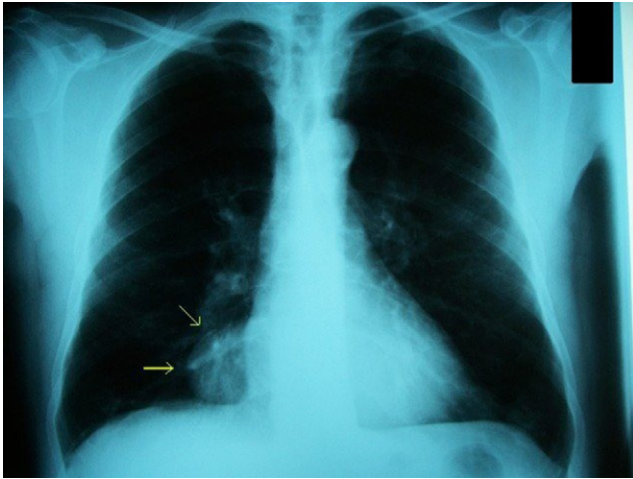


Figura 1 Radiografía posteroanterior de tórax. Quiste pericárdico (flechas).



Figura 2 Radiografía lateral de tórax. Quiste pericárdico (flecha).

exploración presentaba una frecuencia cardiaca de 90 x', una frecuencia respiratoria de 20 x', una tensión arterial de 128/76, una auscultación respiratoria con algún sibilante y subcrepitanes bibasales, una auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. No presentaba edemas periféricos. Se solicita una radiografía de tórax posteroanterior y lateral (figs. 1 y 2), donde se observa una imagen redondeada, bien delimitada y de bordes lisos, en ángulo cardiofrénico derecho. No poseía radiografías previas. Se completa el estudio con una analítica de sangre y orina (normal) y la realización de una tomografía computarizada (TC) torácica (fig. 3), donde se observa que la imagen de densidad intermedia entre agua y tejidos sólidos contigua al corazón corresponde a un quiste pericárdico.

Discusión

El quiste pericárdico es una lesión muy poco común que se produce por una alteración en la embriogénesis de la cavidad celómica (la mayoría), aunque también puede ser adquirido. Tiene una incidencia de 1 por 100.000^{1,2} casos. Es el tumor pericárdico benigno más frecuente, representando el 7% de los tumores mediastínicos³ y el 20% de los de corazón y pericardio⁴. Suelen ser quistes uniloculares, con células mesoteliales en tejido conectivo y con líquido claro en su interior. Su tamaño puede ocupar varios centímetros de diámetro. Se observan más comúnmente en la tercera y cuarta décadas de la vida, sin diferencia entre sexos⁵. Su localización más frecuente es en el ángulo cardiofrénico derecho (como el presente caso), aunque se puede presentar en otras localizaciones menos comunes, como son el ángulo cardiofrénico izquierdo, mediastino posterior, zona paratraqueal derecha, el hilio y la porción superior del mediastino a nivel del cayado aórtico^{1,6}. En la mayoría de ocasiones, el quiste pericárdico suele ser un hallazgo casual en una radiografía de tórax o una ecocardiografía practicada por otro motivo². Cuando produce síntomas, pueden ser debidos a la ocupación de espacio (disnea, dolor torácico, tos, arritmias) o por complicaciones del propio quiste (infección, hemorragia). A veces, puede simular síntomas de estenosis de válvulas derechas o pericarditis constrictiva⁴. Se han llegado a producir casos de taponamiento cardiaco, obstrucción del bronquio principal derecho y muerte súbita². Se debe hacer el diagnóstico diferencial con la grasa pericárdica, los lipomas, los angiomas, los

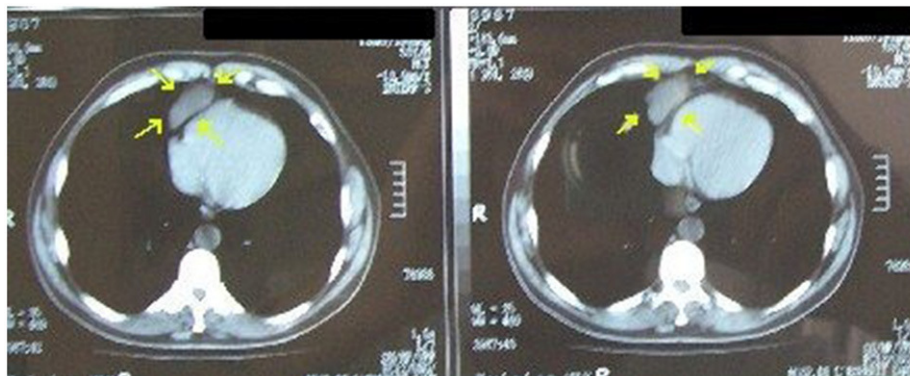


Figura 3 TC torácica. Quiste pericárdico (flechas).

neurinomas, los sarcomas, los linfomas, el carcinoma broncogénico, las metástasis, las lesiones granulomatosas y los abscesos, los aneurismas del seno de Valsalva y ventriculares, las dilataciones de la aurícula derecha o la vena cava inferior, la hernia de Morgagni y con el aneurisma de aorta, pudiendo utilizarse para ello la ecocardiografía bidimensional, la TC torácica y la resonancia nuclear magnética (RNM)⁵. La RNM posee mayor precisión para la visualización del pericardio y la naturaleza del líquido en su interior⁷. La ecocardiografía transesofágica nos puede mostrar su localización exacta⁸. Si se localiza en un sitio poco común, puede requerir la utilización de una angiografía para diferenciarlo del aneurisma⁶. Si podemos obtener pruebas de imagen previas del paciente, nos pueden servir para saber si el quiste ha modificado sus características. La mayoría de pacientes, tras el hallazgo casual, continúan asintomáticos durante toda su vida¹, por lo que suele ser suficiente el seguimiento y control de los individuos. Algunos quistes desaparecen espontáneamente tras su rotura dentro del espacio pleural². Los que presentan síntomas o hay riesgo de complicaciones, ya sea debido a su volumen o su localización⁹, se puede realizar una aspiración percutánea guiada por ecografía o TC (recomendado para pacientes de alto riesgo quirúrgico) o una toracotomía lateral sin la utilización de circulación extracorpórea o una toracoscopía, extirpando el quiste (sobre todo cuando hay dudas de malignidad). Si se decide realizar una conducta expectante y control del quiste, se debe tener presente que no hay una pauta establecida sobre la frecuencia de pruebas de imagen en su seguimiento². Debido a su pronóstico

benigno y a que nuestro paciente permanece asintomático, se realiza una conducta expectante con controles periódicos cada 2 años mediante ecocardiografía.

Bibliografía

1. Omeroglu SN, Omeroglu A, Ardal H, Erkilink A, Bal E, Ipek G, et al. Epicardial mesothelial cyst. *Tex Herat Inst J*. 2004;31:313-5.
2. Kraev A, Komanapalli CB, Schipper PH, Sukumar MS. Pericardial cyst. *CTSNet* [revista en internet] 2006 octubre. [consultado 19/12/2008]. Disponible en: <http://www.ctsnet.org/sections/clinicalresources/clinicalcases/article-16.html>.
3. Abad C. Tumores cardiacos (I). Generalidades. Tumores primitivos benignos. *Rev Esp Cardiol*. 1998;51:17-8.
4. Pires Carvalho AC, Santos Beze R, Neves Filho AF. Cisto de pericardio—uma apresentação incomum. *Radiol Bras*. 2001;34:57-8.
5. Da Silva Nina VJ, Eduardo Manzano NC, Gonçalves Mendes VG, Salgado Filho N. Giant pericardial cyst: case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc*. 2007;22:349-51.
6. Lorell BH. Enfermedades pericárdicas. En: 5ª ed. Braunwald, editor. *Tratado de cardiología*. Vol. II. McGraw-Hill Interamericana; 1999. p. 1663.
7. Sagristá Sauleda J, Almenar Bonet L, Ángel Ferrer J, Bardají Ruiz A, Bosch Genover X, Guindo Soldevila J, et al. Guías de práctica clínica sobre patología pericárdica. *Rev Esp Cardiol*. 2000;53:394-412.
8. Ozturk E, Aparci M, Haholu A, Sonmez G, Mutlu H, Basekim CC, et al. Giant, Dumbbell-Shaped pericardial cyst. *Tex Herat Inst J*. 2007;34:386-7.
9. Koshy T, Sinha PK, Misra S, Unnikrishnan M. Pericardial cyst. *Ann Card Anaesth*. 2008;11:129-30.