



Rev Guatem Cir Vol. 22 • 2016

Quiste Pleuropericárdico. Reporte de Casos

Servio Tulio Torres-Rodríguez, MD, FCCP; Danilo Herrera-Cruz, MD; Edgar Morán-Ocaña, MD; Carlos Grajeda Cifuentes, MD

Cirujano Torácico Hospital San Vicente (STTR), Cirujano General Hospital San Vicente (DHC y EMO), Jefe de Residentes Hospital San Vicente (CGC) todos en Guatemala, CA. Autor corresponsal: Servio Tulio Torres Rodríguez: 6 Avenida 7-66 Zona 10. Edificio Condominio Médico Oficina C-2 e-mail: stuliotr@gmail.com

Resumen

El quiste pleuro pericárdico es una lesión muy poco común que se produce por una alteración en la embriogénesis de la cavidad celómica primordialmente, aunque también puede ser adquirido. Su incidencia es infrecuente y su localización es esencialmente a nivel del ángulo cardiofrénico derecho. Presentación de casos. Se trata de tres pacientes de sexo femenino de la quinta y sexta década de la vida, con historia, tos, disnea y hallazgo incidental en la radiografía de tórax de lesión quística de localización mediastínica. Conclusiones. El quiste pleuro pericárdico es una entidad de diagnóstico generalmente incidental y su tratamiento es en principio conservador. La cirugía ya sea por toracotomía o videotoracoscopia se reserva para pacientes con indicaciones específicas

Palabras clave: Quiste pleuropericárdico, mediastino

Abstract

Pleuro Pericardial Cyst.

Pleuro pericardial cyst is a very rare injury that is caused by an alteration in the embryogenesis of the coelomic cavity primarily, but can also be acquired. Its incidence is rare and its location is essentially level cardiophrenic right angle. Presentation of cases. There are three female patients of the fifth and sixth decade of life, with history, cough, dyspnea and incidental finding on chest radiograph of a mediastinal cystic lesion localization. Conclusions. Pleuro pericardial cyst is an entity generally incidental, diagnosis and treatment is conservative. Surgery either by thoracotomy or VATS is reserved for patients with specific indications

Key words: Pericardial cyst. Mediastinum.

Introducción

El quiste pericárdico es una lesión poco común que se produce por una alteración en la embriogénesis de la cavidad celómica, aunque también puede ser adquirido. Su incidencia es del 1 por 100.000 habitantes. Esta baja incidencia publicada en la literatura mundial y que en muchos de los reportes divulgados se concretan a la presentación de un caso, ha motivado dar a conocer nuestra casuística acumulada en los últimos 10 años. La localización es esencialmente en el ángulo cardiofrénico derecho, pero su presencia está descrita en otras implantaciones dentro de la cavidad torácica. Nuestra serie demuestra ésta situación anatómica usual y además una de las menos frecuentes tal como la ubicación en medias-

tino anterosuperior, por delante del cayado de la aorta. Se presenta una serie de tres pacientes con diagnóstico de quiste pleuropericárdico de asiento y tamaños variables localizados dentro del tórax y de contenido líquido cetrino. Todos las pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente para su resección, a través de toracotomía posterolateral y no se documenta morbimortalidad en ninguno de los casos.

Presentación de casos

Paciente #1: Paciente femenina de 63 años con historia de tos de 15 días de evolución, con antecedente de hipertensión arterial y en el trascurso de su evaluación le indicaron radiografía de tórax en la cual se observa lesión basal izquierda. La TAC de



Figura No.2. Quiste de Localización antero superior izquierda

izquierda de acuerdo a la localización del quiste, logrando resección completa sin complicaciones trans o post operatorias. El informe de patología reportó quiste pleuropericárdico en todos los casos.

Discusión

Es el tumor pericárdico benigno más frecuente, representando del 5 al 7% de los tumores mediastínicos y el 20% de los de corazón y pericardio.¹ Suelen ser quistes uniloculares con células mesoteliales en tejido conectivo y líquido claro en su interior, de estructura redondeadas u ovaladas, con contornos lisos y densidad homogénea.² 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 postura.³ El sitio más frecuente es el ángulo cardiofrénico derecho (70%) seguido del ángulo cardiofrénico izquierdo (10-40%). Otros sitios inusuales han sido reportados incluyendo el hilio vascular, mediastino superior, mediastino posterior o el borde izquierdo del corazón.⁴ De los tres casos presentados, la localización fue diferente en cada una las pacientes, siendo los ángulos cardiofrénico derecho, cardiofrénico izquierdo y uno de localización mediastínica superior por delante del cayado de la aorta.

El origen de los quistes pericárdicos generalmente son considerados congénitos, pero en la literatura aparecen descritos casos de quistes pericárdicos adquiridos tras traumatismos torácicos importantes. Lo normal es que sean quistes solitarios, pero un 20% de ellos comunican con el pericardio⁵, además pueden ser secundarios a procesos infecciosos o inflamatorios del pericardio.⁶

La mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos hasta en un 60% y cuando presentan algún síntoma, generalmente se debe al agrandamiento de la lesión y compresión hacia las estructuras vecinas como el corazón, grandes vasos o el árbol traqueo-bronquial. Dentro de su poca frecuencia, los síntomas más frecuentes son disnea, sensación de presión retro esternal o dolor torácico y la tos. Complicaciones raras incluyen, infección del quiste, arritmias, desarrollo de mesotelioma, taponamiento cardíaco e invasión por carcinoma pulmonar⁷, también se ha descrito pericarditis recurrente secundaria a quiste pericárdico.⁸ La sintomatología expresada por nuestras pacientes fue disnea y tos en dos casos, y en una de ellas los síntomas fueron considerados en relación al humo de leña con que cocinaba y la presencia del quiste fue descubierto incidentalmente en las radiografías de tórax. En el otro caso, la presentación fue asintomática y el diagnóstico fue un hallazgo circunstancial en el transcurso de la evaluación por otra patología. El diagnóstico diferencial

debe hacerse con la grasa pericárdica, lipomas, angiomas, neurinomas, sarcomas, linfomas, carcinoma broncogénico, metástasis, lesiones granulomatosas, abscesos, aneurismas del seno de Valsalva y ventriculares, dilataciones de la aurícula derecha o de la vena cava inferior, hernia de Morgagni y el aneurisma de aorta.²

Los autores están de acuerdo en el hecho de que, si el inicio es asintomático, es un signo de buen pronóstico y las exploraciones complementarias de elección son la TAC de tórax y la ecocardiografía. No obstante, cuando hay compromiso hemodinámico, puede estar indicado el ecocardiograma transesofágico para confirmar la compresión de los grandes vasos o de las cavidades cardiacas por el quiste. La resonancia magnética también ha sido propuesta como técnica de imagen. En el caso en que radiológicamente el quiste sea de dudosa tipificación y/o el coeficiente de atenuación del interior del quiste sea mayor que el del agua, está indicada la punción percutánea para descartar procesos neoplásicos o sobreinfección (9). En todas nuestras pacientes el diagnóstico fue hecho en base a la radiografía de tórax como estudio de imagen inicial y complementado con la tomografía de tórax para determinar su naturaleza y posibilidades de resección.

El tratamiento es un tanto controversial, el cual va desde la punción del quiste descrita sin recidiva en seguimiento por 3 años³ hasta su exéresis. Los autores recomiendan tratamiento conservador y seguimiento con TAC torácica o ecocardiografía en los casos asintomáticos. Las técnicas quirúrgicas video-toracoscópicas se están convirtiendo cada vez más en la modalidad terapéutica preferida por los cirujanos de tórax. No obstante, en los casos complicados o en los que el quiste está adherido a estructuras circundantes está indicada la resección definitiva mediante toracotomía.⁹ El tratamiento quirúrgico se reserva para las siguientes situaciones: presencia de síntomas, quistes de gran tamaño, localizaciones atípicas o vecindad con grandes vasos.⁹ El abordaje quirúrgico dependerá de la localización del quiste pudiendo ser desde técnicas que en la actualidad ya no están vigentes como el abordaje vertical de Bordoní¹⁰, la esternotomía media² o la toracotomía posterolateral derecha o izquierda; este último fue el abordaje elegido para todos los casos presentados, incluyendo el del quiste de localización mediastínica superior por delante del cayado de la aorta, logrando la resección completa del quiste en todas las pacientes. La evolución de las tres pacientes fue satisfactoria sin reportar complicaciones trans o post operatorias y el egreso se llevó a cabo al 3 o 4 días posteriores al acto quirúrgico, hasta el momento no hemos tenido ninguna recidiva.

Referencias

1. Gavilán R. Caso Clínico. Quiste Pleuropericárdico. Presentación de un caso. Rev Electrónica Portales Médicos [Internet]. 2012; Available from: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4129/1/Caso-clinico-Quiste-pleuropericardico-Presentacion-de-un-caso.htm>
2. Henríquez R, López J. Quiste Pericardico Derecho. 2012; Available from: <http://www.geocities.ws/rdhenriquez/quistepericardico.html>
3. Michavila IA, Ruiz FR, Cifredo CH, Aguilar RE. Quiste pericárdico : diagnóstico y tratamiento por punción aspirado transparietal. Arch Bronconeumol. 1993;29:350–2.
4. Nalabothu SK, Manepalli SKNU, Chittiboyina S. Pleuro Pericardial Cyst : An Incidental Finding. Int J Med Heal Res [Internet]. 2015;1(2):32–4. Available from: www.medicalsjournal.com

5. Benito-Conejero S, Camacho-Vázquez C, Maroto-Monserrat F. Quiste pericárdico post-traumático de localización atípica. *An Med Interna*. 2005;22(12).
6. McMillan A, Souza CA, Veinot JP, Turek M, Hendry P, Alvarez GG. A Large Pericardial Cyst Complicated by a Pericarditis in a Young Man With a Mediastinal Mass. *Ann Thorac Surg* [Internet]. The Society of Thoracic Surgeons; 2009;88(2):e11–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.athoracsur.2009.05.024>
7. Mejía Lozano P, Pérez Ortiz E, Puchaes Manchón C. Taponamiento cardíaco por quiste pleuropericárdico con invasión por carcinoma pulmonar. *Arch Bronconeumol*. 2010;46(12):658–9.
8. Luengo Herrero V, Martínez López MC, Miranda Herrero C, Ruiz Martín Y, Rodríguez Cimadevilla JL, Salcedo Posadas A. Pericarditis recurrente secundaria a un quiste pericárdico. *Acta Pediatr Española*. 2011;69(7–8):353–6.
9. Portillo-Carroz K, Miguel-Campos E, Montoliú Tarramera R. Quiste pleuropericárdico: un buen final para un mal inicio. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2006;59(10):1082–3. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0300893206747595>
10. García J, Rizo R, Seara L. Quiste Pleural. Presentación de un caso. *Medisan*. 2000;4(1):70–4.