

FALSO DERRAME PLEURAL: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UN QUISTE PERICÁRDICO

M. Castanedo Allende, J.L. Bravo Bravo y A. Roig Verge.

Sección de Cirugía Torácica Hospital N. Sra. de Covadonga. Oviedo

La utilización de la TAC torácica, ultrasonografía y punción transparietal puede ser suficiente para el diagnóstico y tratamiento del quiste pericárdico de presentación típica. Sin embargo cuando existen desviaciones morfológicas, topográficas, densitométricas, etc. su diagnóstico puede entrañar serias dificultades, requiriendo la práctica de toracotomía para conferirle fiabilidad.

Los autores aportan un caso de presentación excepcional por sus manifestaciones radiológicas y clínicas. Se realiza revisión bibliográfica y actualización de los criterios diagnósticos y terapéuticos.

Arch Bronconeumol 1989; 25: 331-333

False pleural effusion: atypical presentation of a pericardial cyst.

The use of thoracic computed tomography, ultrasonography and transparietal puncture may suffice for the diagnosis and therapy of the pericardial cyst with typical presentation. However, when there are morphological, topographical, densitometrical or other deviations from the rule, its diagnosis may entail serious difficulties, requiring thoracotomy to make it on a reliable basis.

The authors report a case with exceptional presentation because of the clinical and radiological features. They review the literature and update the diagnostic and therapeutic criteria.

Introducción

El quiste pericárdico se considera clásicamente como una entidad infrecuente, aunque no rara^{1,2}, de etiología discutible^{3,4}, naturaleza benigna clínicamente asintomática. Su presentación radiológica más común es la de una masa mediastínica redondeada, bien definida, de densidad homogénea y ubicada en relación con los bordes cardiacos y/o senos cardiofrénicos. Cuando su presentación es típica la utilización de tomografía axial computarizada (TAC) suele ser decisiva para su diagnóstico, permitiendo además la punción diagnóstica y terapéutica del quiste⁴. Sin embargo, ocasionalmente, la existencia de una morfología atípica, una disposición anatómica inhabitual o la presencia de cortejo clínico, distrae la presunción diagnóstica e induce al error o cuanto menos a la duda, forzando la práctica de la toracotomía como única actitud diagnóstica y terapéutica fiable.

Caso clínico

Paciente varón de 46 años con historia laboral de contacto con amianto que consulta por presentar cuadro de dolor en base de hemitórax derecho e hipocondrio homolateral, náuseas y vómitos. Refiere también síndrome general con astenia, anorexia y pérdida moderada de peso. En la exploración únicamente se objetivó discreta hipoventilación en base derecha, con disminución de la transmi-

sión de vibraciones vocales. La analítica practicada fue normal. La radiografía PA de tórax no mostró alteraciones (fig. 1). Se practicó ecografía abdominal evidenciándose un derrame pleural derecho que se confirmó mediante Rx de tórax en decúbito lateral derecho (fig. 2). La toracocentesis obtuvo escaso líquido pleural, cuyo análisis mostró: proteínas de 11 g/l, glucosa de 0,11 g/l y celularidad no significativa.

Se realizó TAC torácica (fig. 3) que evidenció un derrame pleural derecho en cantidad moderada, observándose en los cortes inferiores

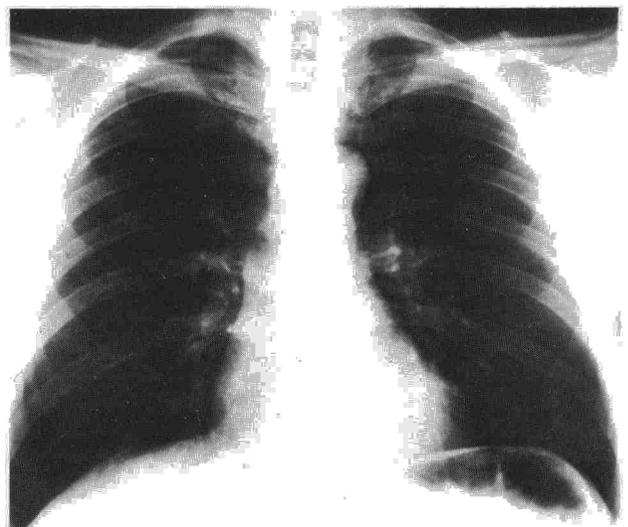


Fig. 1. Rx PA de tórax sin alteraciones significativas.

Recibido el 24.5.1989 y aceptado el 27.6.1989

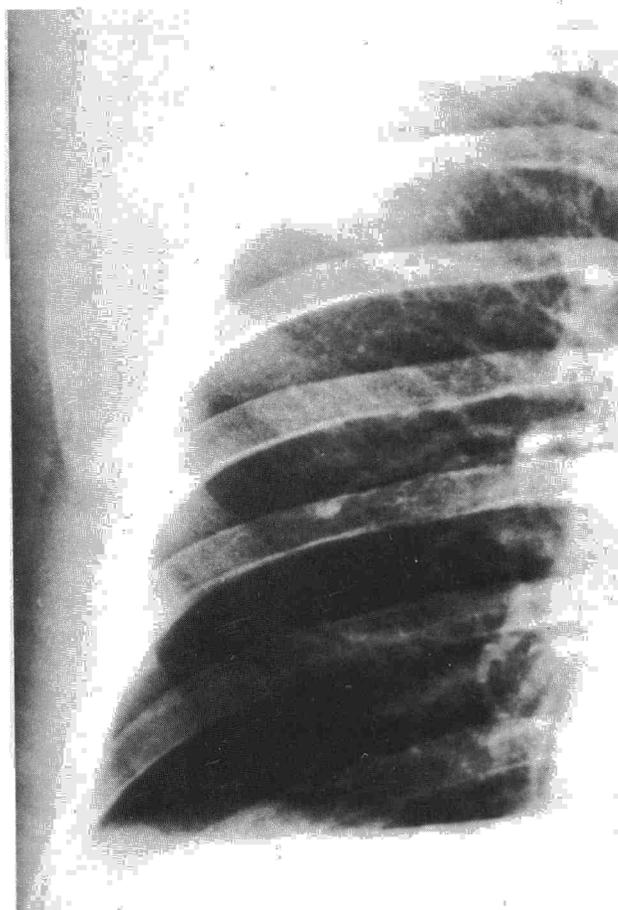


Fig. 2. Rx tórax en decúbito lateral derecho. Se evidencia derrame subpulmonar.

una zona pleural con captación de contraste, de aproximadamente unos 2 cm de diámetro y cuyo valor densitométrico no correspondía a líquido.

Ante la sospecha de probable mesotelioma se realizó una toracotomía derecha, evidenciándose una gran formación quística de unos 12 a 15 cm, laxa, de paredes finas que se apoyaba sobre el diafragma, desde el seno costofrénico hasta el espacio cardiofrénico anterior, donde se encontraba firmemente adherida al pericardio mediante un pedículo. Al corte se encontró una cavidad trabeculada rellena de un fluido amarillento y viscoso. El estudio histológico de la pieza mostró una formación quística con revestimiento mesotelial típico, con vasos sanguíneos y escasa células grasas. El examen citológico del líquido evidenció la presencia de abundante material inflamatorio (linfocitos).

El postoperatorio cursó sin complicaciones, desapareciendo el dolor en base de hemitórax e hipocondrio derecho, persistiendo el cuadro de náuseas y vómitos que en estudios posteriores fué atribuido a la presencia de reflujo gastroesofágico.

Discusión

Gran parte de los autores consideran al quiste pericárdico como un proceso infrecuente. Sin embargo, revisiones amplias demuestran una presencia bastante más apreciable de lo esperado a tenor de lo expuesto en la mayoría de la bibliografía. Así, Ramos et al⁵, en una exhaustiva revisión sobre 1.535 formaciones mediastínicas, encuentra una prevalencia aproximada del 6 %, similar a la encontrada en el estudio realizado

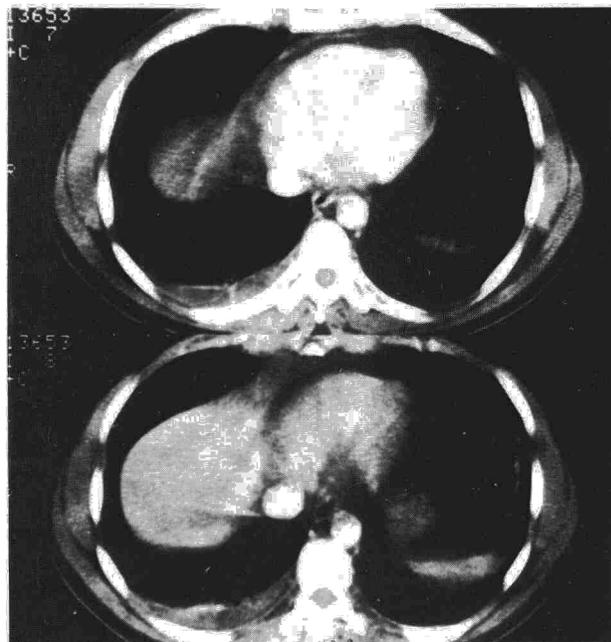


Fig. 3. TAC torácica: moderado derrame pleural derecho y pequeña zona de hipercaptación pleural.

por Davis² y no muy dispar al 8 % de la serie de Ourum⁶. Frecuencia que adquiere mayor relevancia si nos atenemos al mediastino medio, donde representan, conjuntamente con los quistes broncogénos el 60 % de todas las formaciones que asientan en este compartimento.

Estructuralmente se trata de una formación sacular cerrada, con contenido líquido y composición sencilla. Su estudio histológico muestra una hilera simple de células mesoteliales que reposa sobre un ligero estroma de tejido conectivo y músculo liso que lo hace fácilmente distinguible de otros procesos quísticos³⁻⁷. Pueden evidenciarse además células grasas, vasos sanguíneos y fenómenos inflamatorios crónicos. Definido generalmente como una cavidad unilocular, Feigin³ encuentra en su serie un 20 % de quistes trabeculados, lo que pudiera indicar, quizá, una distinta patogenia para unos y otros, o bien la interrecurrencia de algún proceso inflamatorio en estos últimos.

En consonancia, su etiología no parece claramente aceptada por todos los autores, siendo la congénita enunciada por Lambert en 1940 y Drash y Hyer^{6,7} en 1950, la más preconizada. En ella se considera que el quiste pericárdico se deriva de la persistencia del receso ventral de la primitiva cavidad pericárdica y/o la fusión anormal de las dos hojas celómicas torácicas. La limitación caudal a este proceso estaría constituida por el septum transversum. Esto explicaría la común relación de los quistes con el diafragma y su localización en los senos cardiofrénicos.

No obstante, otros autores como Klate et al⁴, proponen una doble etiología. Una congénita que correspondería a aquellos quistes denominados celómicos, de pared fina, una sola cavidad y con laxas conexiones



a pericardio. Por contra, aquellos que fueran multi-loculares, con firmes adherencias a pericardio, presencia de células grasas, linfocitos, vasos sanguíneos y fibras musculares, pudieran obedecer a un proceso linfangiomatoso adquirido. Esto pudiera explicar, a nuestro entender, las divergencias tanto morfológicas como de presentación clínica que pueden evidenciarse entre los diversos casos.

Clínicamente, la mayoría de los quistes se comportan de forma asintomática y su hallazgo suele ser casual. No obstante, Feigin³ encuentra en su serie que un tercio de ellos eran sintomáticamente expresivos, siendo el dolor precordial el de más frecuente presencia (22 %), seguido por la disnea (10 %). No se ha realizado, sin embargo, correlación entre la aparición de sintomatología y las características del quiste en cada caso, aunque resulta llamativa la mayor incidencia de quistes trabeculados en esta serie.

La expresión radiológica más común es la de un aumento de densidad homogéneo, redondeado, de borde superior muy bien definido, ubicado en el ángulo cardiofrénico derecho y en relación con la pared torácica anterior y el hemidiafragma correspondiente³.

No obstante, esta localización casi exclusiva en el lado derecho no se mantiene en todas las series. Así, su presentación diestra oscila entre el 51 y el 70 %^{7,8}, mientras que el hemitórax izquierdo se ve afectado en un 38-22 % respectivamente. Otras localizaciones mediastínicas no adyacentes al diafragma se presentan entre el 11 y el 8 %. Así pues, sea derecho o izquierdo, parece ampliamente demostrado que la ubicación más frecuente, con mucho, es el seno cardiofrénico. Tanto es así que Stoller et al⁸, en una revisión bibliográfica que abarca el período comprendido entre 1929 y 1985, sólo han encontrado referencia a 34 casos de quistes localizados fuera de los senos cardiofrénicos, de los que 27 se situaban dentro del mediastino y tan sólo siete estaban fuera de él y en alguna forma de contacto con el diafragma, confirmando la excepcionalidad de los casos como el aquí presentado.

Su estudio diagnóstico, como el de la práctica totalidad de procesos mediastínicos, se apoya en la realización de TAC torácica que ofrece, especialmente en el quiste pericárdico, una alta especificidad^{1,2,8,9} por la excelente discriminación de las características densitométricas, su delimitación y su relación con las estructuras adyacentes, siendo prácticamente definitivo en aquellos quistes de presentación típica. La ultrasonografía puede ser también de gran utilidad cuando la formación quística se encuentra próxima a la pared torácica. Ambos métodos pueden permitir la confirmación diagnóstica mediante punción^{4,6}, extracción del líquido y posterior llenado con contraste radiológico. Esta técnica es cada día preconizada por más autores^{1,3,8}, no sólo con intenciones diagnósticas sino también terapéuticas, toda vez que a la mayor parte de las lesiones quísticas uniloculares que podemos encontrar en esa localización (quiste pericárdico, tímico, bronquial, linfangiomatoso, etc.) no se les conoce

potencial neoplásico y no presentan complicaciones agudas importantes⁸.

El diagnóstico diferencial debe realizarse fundamentalmente con las lesiones quísticas como las ya mencionadas, así como con la hernia de Morgagni, de hiato, divertículo pericárdico, aneurisma, grasa pericárdica, etc. En casos muy específicos, su diagnóstico deberá hacerse con respecto a formaciones sólidas o, más raramente, con otros procesos, como el aquí expuesto.

Con los medios referidos, el diagnóstico se presume relativamente sencillo, siempre y cuando su presentación no se aparte de la clásica. Por el contrario, aquellos casos de localización poco habitual¹, forma atípica, densidad anormalmente alta¹⁰, aumento de tamaño⁸ o presencia de síntomas, si bien no descartan su existencia, obligan a adoptar medidas exentas de incertidumbre diagnóstica, siendo recomendable la práctica de toracotomía.

La resección quirúrgica, concebida hasta hace poco como único gesto terapéutico, ha ido perdiendo prevalencia de forma paulatina, toda vez que el avance de los medios diagnósticos permite una actitud más conservadora, como la punción transparietal o incluso una conducta totalmente expectante, basada en la observación de resoluciones espontáneas¹¹.

Así, el tratamiento por cirugía puede quedar restringido a aquellos casos de diagnóstico incierto (localización inusual, forma inhabitual, elevada densidad radiológica), aumento de tamaño¹¹, quistes multiloculares o trabeculados y a aquellos que presenten complicaciones, síndromes obstructivos o cualquier otra sintomatología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pugatch RD, Braver JH, Robbins AH, Faling LJ. CT diagnosis of pericardial cysts. *Am J Roentgenol* 1978; 131:515-516
2. Davis RD, Oldham HN, Sabiston DC. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: Recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management and results. *Ann Thorac Surg* 1987; 44:229-237.
3. Feigin DS, Fenoglio JJ, McAllister HA, Madewell JE. Pericardial cysts. A radiologic-pathologic correlation and review. *Radiology* 1977; 125:15-20.
4. Klatte EC, Yune HY. Diagnosis and treatment of pericardial cysts. *Radiology* 1972; 104:541-544.
5. Ramos G, Duque JL, Yuste M, Gallo MJ, Heras F, Castanedo M. Los tumores del mediastino a la luz de diversas experiencias. *An Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid* 1984; 23:147-158.
6. Ovrum E, Birkeland S. Mediastinal tumours and cysts. *Scand J Thor Cardiovasc Surg* 1979; 13:161-168.
7. Salyer DC, Salyer WR, Eggleston JC. Benign developmental cysts of the mediastinum. *Arch Pathol Lab Med* 1977; 101:136-139.
8. Stoller JK, Shaw C, Matthay R. Enlarging, atypically located pericardial cysts. Recent experience and literature review. *Chest* 1986; 89:402-406.
9. Kaimal KP, Lafayette L. Computed tomography in the diagnosis of pericardial cyst. *Am Heart J* 1982; 103:566-567.
10. Brunner DR, Whitley NO. A pericardial cysts with high CT numbers. *AJ R* 1984; 142:279-280.
11. Kruger SR, Michaud J, Cannon DS. Spontaneous resolution of a pericardial cyst. *Am Heart J* 1985; 109:1390-1391.