

TAPONAMIENTO CARDÍACO COMO COMPLICACIÓN DE RUPTURA INTRAPERICÁRDICA DE QUISTE CELÓMICO

CARDIAC TAMPONADE AS A COMPLICATION OF AN INTRAPERICARDIC COELOMIC CYST RUPTURE

MARIEL ÁLVAREZ CORREA¹, MARÍA BELÉN CANTARINI², MATÍAS LOMBARDI¹, LEANDRO MARTÍNEZ¹, MARISA PAGÉS³, DANIEL ORQUERA⁴, CRISTIAN PAZOS⁵, CRISTIAN SUÁREZ⁶.

RESUMEN

Los quistes pericárdicos son infrecuentes, generalmente benignos, abarcan el 5-7% de los tumores mediastinales, generalmente en el ángulo cardiofrénico derecho. Frecuentemente son asintomáticos, y se presentan como un hallazgo en estudios complementarios. El tratamiento es conservador a menos que aparecen síntomas o complicaciones, en cuyo caso se recurre a la aspiración percutánea o resección quirúrgica. Describimos el caso de una paciente con un quiste pericárdico de localización inusual, mediastino anterosuperior con compresión de arteria pulmonar. El diagnóstico se realizó con pruebas de imagen, con resolución quirúrgica ante los síntomas y compromiso vascular. La paciente evolucionó con taponamiento cardíaco por ruptura intrapericárdica de quiste celómico.

Palabras clave: quiste mediastínico; taponamiento cardíaco; derrame pericárdico.

ABSTRACT

Pericardial cysts are rare, usually benign, covering 5-7% of mediastinal tumors, usually on the right cardiophrenic angle. The most common form of presentation is asymptomatic. Treatment is conservative unless symptoms or complications, where percutaneous aspiration or surgical resection is used. We describe the case of a patient with a pericardial cyst of unusual location, compression anterior mediastinum pulmonary artery. The diagnosis was made with imaging tests and required surgical resolution due to symptoms and vascular compromise. The patient developed cardiac tamponade secondary to an intrapericardial rupture of coelomic cyst.

Keywords: mediastinal cyst; cardiac tamponade, pericardial effusion.

REVISTA CONAREC 2016;32(137):282-284 | VERSIÓN WEB WWW.REVISTACONAREC.COM.AR

INTRODUCCIÓN

Los quistes pericárdicos son lesiones infrecuentes con un curso generalmente benigno y abarcan el 5-7% de todos los tumores mediastinales¹. Su incidencia se estima en 1:100.000 y su etiología es, la mayoría de las veces, congénita por alteración del tejido mesenquimatoso, aunque también se han descrito etiologías inflamatorias y traumáticas^{2,3}. A pesar de que la presentación clínica más frecuente es la asintomática, sus posibles complicaciones han orientado hacia una terapéutica agresiva que incluye la aspiración percutánea y la escisión quirúrgica⁴. A continuación, se describe un caso clínico con la presentación no habitual de una complicación de un quiste pericárdico, como lo es la ruptura y taponamiento cardíaco.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 32 años, sin factores de riesgo cardiovascular, con antecedentes de extracción de nódulo mamario benigno, que consulta por dolor precordial atípico que se exacerba con movimientos respiratorios.

En la radiografía de tórax se visualiza ensanchamiento mediastinal (**Figura 1**), por lo que se realiza una tomografía de tórax con contraste (**Figura 2**) donde se evidencia una lesión quística en mediastino anterior y medial, en contacto con estructuras vasculares. Se confirma con un eco-Doppler cardíaco la presencia de una masa hetero-

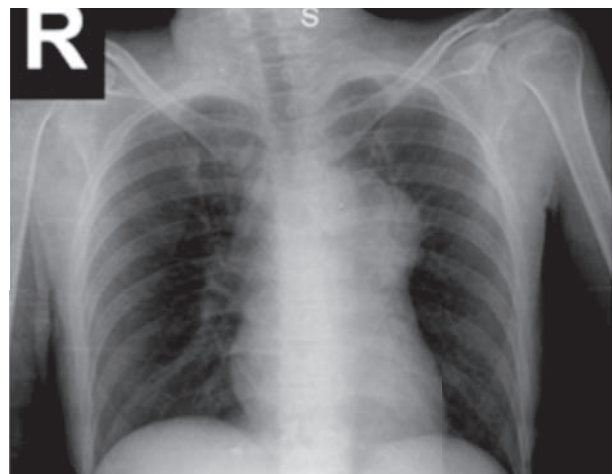


Figura 1. Radiografía de tórax. Proyección posteroanterior. Se evidencia ensanchamiento mediastinal.

1. Residente de Cardiología.
2. Jefe Residente Cardiología.
3. Jefa de Servicio de Cardiología.
4. Coordinador Servicio Cardiología.
5. Médico de Planta Unidad Coronaria.
6. Instructor de Residentes.

Servicio de Cardiología. Sanatorio Colegiales. CABA, Rep. Argentina.

✉ **Correspondencia:** Mariel Álvarez Correa | Av. Libertador 6886 6º F. CP 1429 CABA, Rep. Argentina | marielita1226@hotmail.com

Los autores declaran no poseer conflictos de intereses.

Recibido: 21/09/2016 | Aceptado: 10/10/2016



Figura 2. Tomografía de tórax con contraste. Se evidencia masa ubicada en mediastino anterior y medial con densidad 3 UH, bien definida, que mide 7 cm, en contacto con estructuras vasculares.

gánea de aproximadamente 5×6 cm en mediastino anterosuperior que comprime parcialmente el tracto de salida del ventrículo derecho. Se realiza una angiorrsonancia (**Figura 3**) que muestra la formación en la ubicación ya descrita, con compresión del tronco de la arteria pulmonar y del sector proximal de arteria pulmonar izquierda. Ante los síntomas y presencia de compromiso de estructuras vasculares, se decide escisión quirúrgica.

La paciente evoluciona con inestabilidad hemodinámica, ingurgitación yugular y pulso paradójico. Se realiza un nuevo ecocardiograma que revela un derrame pericárdico severo con colapso de cavidades derechas. Con diagnóstico de taponamiento cardíaco por ruptura quística intrapericárdica, se efectúa pericardiocentesis obteniendo 350 ml de líquido citrino.

La paciente evoluciona favorablemente y finalmente se realiza la escisión quirúrgica del quiste residual sin complicaciones. El informe de anatomía patológica revela lesión quística, de paredes gruesas, fibrosas, revestido por epitelio simple plano, con discreto infiltrado inflamatorio polimorfo linfoplasmohistiocitario compatible con quiste celómico.

DISCUSIÓN

Los quistes pericárdicos son lesiones de baja incidencia (1:100.000)². Representan el 5-7% de todas las masas mediastinales y el 33% de los quistes mediastinales¹.

La mayoría son de origen congénito, debido a una alteración embriológica de la cavidad celómica o el pericardio, aunque se han descrito casos adquiridos de etiología infecciosa, inflamatoria o traumática³. Por lo general son asintomáticos, pero rara vez pueden presentarse con dolor torácico, disnea, palpitaciones o síntomas causados por la compresión de órganos adyacentes^{3,10}. El diagnóstico se realiza por imágenes como el ecocardiograma, tomografía de tórax y resonancia magnética cardíaca para definir tamaño, características y compromiso de estructuras adyacentes³⁻⁷. La TAC de tórax se considera la mejor modalidad para el diagnóstico y seguimiento, ya que ofrece una buena delimitación de la anatomía pericárdica y ayuda con la precisión, localización y caracterización de diversas lesiones incluyendo el derrame pericárdico, masas y anomalías congénitas^{5,6,8}. La limitación de este método surge cuando la ubicación del quiste es inusual o cuando el contenido proteico del líquido es alto, por la imposibilidad de diferenciarlo de lesiones malignas⁹. La resonancia magnética

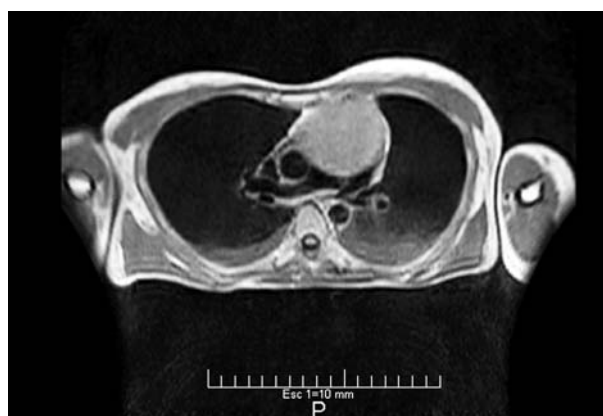


Figura 3. Angiorrsonancia. Se evidencia lesión quística en mediastino anterosuperior que comprime el tronco de la arteria pulmonar y del sector proximal de arteria pulmonar izquierda.

también es otra técnica de imagen útil, describiendo una señal hiperintensa en T2 e hipointensa en T1 en caso de diagnóstico de quiste pericárdico, con difícil distinción entre hematomas o lesiones malignas al igual que la TAC si el contenido proteico del líquido es alto, por alteración de la señal^{11,12}. La ecocardiografía no se prefiere como modalidad diagnóstica primaria, debido a la estrecha ventana de visualización y a que quistes de ubicación inusual pueden pasar desapercibidos, pero es útil para la evaluación del corazón y compromiso de algunas de sus estructuras como la compresión del ventrículo derecho visualizada mediante este método en nuestra paciente^{9,10}.

Se recomienda un tratamiento conservador y seguimiento con TAC torácica o ecocardiografía en los casos asintomáticos; en presencia de síntomas, quistes de gran tamaño o complicaciones como compromiso de estructuras adyacentes, el tratamiento es la resección quirúrgica mediante toracotomía o videotoroscopia; si el riesgo quirúrgico es elevado, se prefiere la aspiración percutánea⁴.

La paciente presentada desarrolló una complicación infrecuente como es el taponamiento cardíaco por ruptura intrapericárdica de un quiste celómico. El manejo inicial, el diagnóstico por imágenes y el acto quirúrgico fueron fundamentales para su favorable resolución.

CONCLUSIÓN

El quiste celómico del pericardio tiene una frecuencia muy baja. La presentación de la enfermedad es casi siempre asintomática, lo que

hace que su diagnóstico sea en la gran mayoría de las veces un hallazgo radiológico. Nuestro caso hace referencia a un quiste celómico con una ubicación poco descrita, el mediastino anterosuperior con compromiso de estructuras vasculares como el tronco de la arteria

pulmonar y el sector proximal de la arteria pulmonar izquierda, así como del tracto de salida del ventrículo derecho, presentado con una complicación inusual como lo es el taponamiento cardíaco por ruptura intrapericárdica del quiste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen AJ, Thompson L, Edwards FH, Bellamy RF. Primary cysts and tumors of the mediastinum. *Ann Thorac Surg* 1991;51(3):378-84.
2. Gouriet F, Levy PY, Casalta JP, Zandotti C, Collart F, Lepidi H, et al. Etiology of pericarditis in a prospective cohort of 1162 cases. *Am J Med* 2015;128(7):784.e1-8.
3. Berry MF. Evaluation of mediastinal masses. In: UptoDate. Wellesley MA: UptoDate Online, <http://www.uptodate.com>; Consultado el 10 de septiembre 2016.
4. Maisch B, Ristic AD, Seferovic M, Tsang SMT. *Interventional pericardiology: pericardiocentesis, pericardioscopy, pericardial biopsy, balloon pericardiectomy, and intrapericardial therapy.* (2011, 1ª ed:21-32) Alemania, Berlin: Editorial Springer.
5. Lau CL, Davis RD. Chapter 56, The Mediastinum. In: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. *Sabiston's Textbook of Surgery.* (2004, 17th ed:1738-1739, 1758) EE.UU., Philadelphia: Editorial Elsevier.
6. Wang ZJ, Reddy GP, Gotway MB, Yeh BM, Hetts SW, Higgins CB. CT and MR imaging of pericardial disease. *Radiographics* 2003;23 Spec No:S167-80.
7. Bava G, Magliani L, Bertoli D, Gorrieri PF, Rimini A, Zaccagnini G, et al. Complicated pericardial cyst: atypical anatomy and clinical course. *Clin Cardiol* 1998;21(11):862-4.
8. Najib MQ, Chaliki HP, Raizada A, Ganji JL, Panse PM, Click RL. Symptomatic pericardial cyst: a case series. *Eur J Echocardiogr* 2011;12(11):E43.
9. Yared K, Baggish AL, Picard MH, Hoffmann U, Hung J. Multimodality imaging of pericardial diseases. *JACC Cardiovasc Imaging* 2010;3(6):650-60.
10. Maisch B, Seferović PM, Ristic AD, Erbel R, Rienmüller R, Adler Y, et al. Guidelines on the diagnosis and management of pericardial diseases Executive Summary; the task force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2004;25(7):587-610.
11. Raja A, Walker JR, Sud M, Du J, Zeglinski M, Czarnecki A, et al. Diagnosis of pericardial cysts using diffusion weighted magnetic resonance imaging: A case series. *J Med Case Rep* 2011;24;5:479.
12. Abbey AM, Flores RM. Spontaneous resolution of a pericardial cyst. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2010;16(1):55-6.