

Quiste pericárdico; inusual presentación y localización en mediastino superior

MIGUEL ÁNGEL PADILLA GONZÁLEZ,* CARLOS REYES BECERRIL,*
ANABERtha SALAZAR,** MANUEL SÁNCHEZ ALONSO**

RESUMEN

El quiste pericárdico es una condición rara que acontece en el 7% de los casos de masas mediastinales, localizado habitualmente en el lado derecho del pericardio y mediastino anterior. Generalmente los pacientes cursan asintomáticos a excepción de los casos en que el quiste presenta una localización fuera de los sitios mencionados o por su tamaño condiciona síntomas. En los casos sintomáticos las manifestaciones dependerán del sitio, localización del quiste y los órganos involucrados. Presentamos el caso de una paciente femenina de 39 años quien presentó síndrome de vena cava superior como presentación clínica inicial, siendo valorada con radiografías y tomografía de tórax. Se realizó biopsia percutánea con aguja fina para citología con el diagnóstico de timoma. Decidiendo realizar exploración quirúrgica por medio de abordaje anterior con esternotomía media, con hallazgo de masa quística que condicionaba compresión a la vena cava superior. Consideramos que es una presentación rara de esta patología y que se debe incluir al quiste pericárdico dentro de los diagnósticos diferenciales de síndrome de vena cava superior como primera manifestación. Concluimos que el quiste pericárdico debe ser tratado en todos los casos sintomáticos cualquiera que sea el sitio de presentación. Como opciones terapéuticas contamos con la punción percutánea, mediastinoscopia, toracotomía y toracoscopia.

Palabras clave: quiste pericárdico, síndrome de vena cava superior.

ABSTRACT

The pericardial cyst is a rare presentation, with the incidence of 7% from all the mediastinal mass cases. Most cases present the cyst at the right angle of the heart and the middle mediastinum, frequently asymptomatic, an exception in those patients with symptoms who present the cyst outside the places described. About the symptomatic patients, the position and localization of the cyst and the type of organ in relation will determinate the kind and presence of clinical manifestation. We present a 39 years old female patient who presented a vena cava syndrome as a first presentation on pericardial cyst. The patient was approached with simple chest X rays and CT scan, with evidence of superior mediastinal mass. The patient underwent to biopsy by percutaneous fine needle aspiration cytology with diagnostic of tymoma. We underwent the patient to surgery to anterior approach by medial sternotomy for exploration, with the finding of cystic mass that caused superior vena cava extrinsic compression. This is a very rare presentation of pericardial cyst, also we consider to include the pericardial cyst as differential diagnosis in the superior vena cava syndrome etiologies. We conclude that in cases with clinical manifestation of pericardial cyst at any localization or presentation, the patient have to consider under some modality of treatment. The therapeutic options include percutaneous needle aspiration, mediastinoscopy, thoracotomy and thoracoscopy.

Key words: pericardial cyst, superior vena cava syndrome.

INTRODUCCIÓN

El quiste pericárdico (QP) es una condición muy rara en la que se atribuye su origen a una falta de fusión del

saco pericárdico en la etapa embrionaria, mientras otros autores postulan que la mayoría son originados de la pleural más que del pericardio, debido a falla en el desdoblamiento de las hojas del saco pleural durante el desarrollo embrionario.¹ En cuanto a su etiología se consideran que pueden ser congénitos y adquiridos, siendo las últimas presentaciones esporádicas, principalmente debido a procesos inflamatorios crónicos inespecíficos del pericardio.² El quiste pericárdico generalmente se localizan en el borde derecho del corazón habitualmente en el ángulo cardiofrénico, y en ocasiones en mediastino anterior. Su tamaño es varia-

- * Departamento de Cirugía de Tórax.
- ** Departamento de Neumología.
Hospital Central Militar, México, DF.

Correspondencia: Dr. Miguel Ángel Padilla González. Vialidad de la Barranca s/n, col. Valle de las Palmas, Huixquilucan, Edo. de México, CP 52787. Torre de consultorios, Hospital Ángeles de las Lomas. Consultorio núm. 830.

Recibido: febrero, 2000. *Aceptado:* marzo, 2000.



Figura 1. Radiografía simple de tórax con evidencia de masa en mediastino superior.

ble reportando de 1 a 15 cm.³⁻⁵ Normalmente son diagnosticados de manera incidental en radiografías rutinarias de tórax en pacientes asintomáticos, sin embargo, algunos pacientes presentan síntomas y signos dependiendo de su localización en el mediastino, siendo frecuente la disnea, tos, dolor torácico y menos frecuente; arritmias cardiacas, insuficiencia cardiaca congestiva, obstrucción bronquial y síndrome de vena cava superior.⁵⁻⁷ Debido a su origen histopatológico, los quistes pueden encontrarse en cualquier sitio del mediastino, no obstante que son de naturaleza benigna, pueden llegar a causar serios problemas debido a la compresión ejercida sobre las estructuras mediastinales, principalmente de tipo vascular, manifestando alteraciones a diferentes niveles dependiendo de la localización del quiste. Existen pocos reportes al respecto, la gran mayoría comunicaciones son de casos aislados en los que hacen mención al diagnóstico, tratamiento y

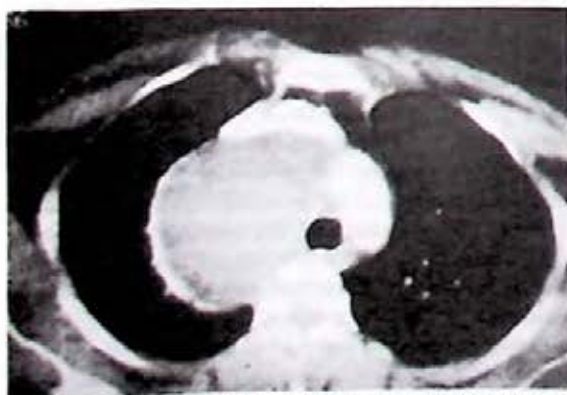


Figura 2. Tomografía axial computada de tórax con lesión a nivel de mediastino superior.

algunos de ellos con presentaciones inusuales. Sin embargo no hay publicaciones que describan presentaciones específicas de quiste pericárdico con síndrome de vena cava superior (SVCS), como manifestación primaria. Nuestro reporte es un caso con éstas características, de una paciente joven que presentó inicialmente como signo principal SVCS, manifestado por edema facial y de miembro superior derecho, a quien le fue realizada resección de la masa mediastinal que condicionaba la obstrucción con hallazgo transoperatorio de masa quística, reportada finalmente por estudio histopatológico como QP. Consideramos pertinente introducir el quiste pericárdico dentro de los diagnósticos diferenciales de síndrome de vena cava superior, al igual que otros autores lo han recomendado respecto al mediastino superior.⁷ A pesar que el quiste es una condición quirúrgica relativa, decidimos abordar el tema en cuanto al manejo de masa mediastinal superior con SVCS y cuales son las opciones terapéuticas para las diferentes presentaciones de QP.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad, quien inicia padecimiento actual tres meses previos a la cirugía manifestado por edema progresivo de cara y miembro superior derecho, con ligera imposibilidad para realizar actividad física de mano derecha. No refiere síntomas generales y ninguna otra sintomatología agregada como tos, dolor torácico o disfonía, ocasionalmente dolor a nivel dorsal. La paciente fue valorada por su médico tratante como probable trombosis u obstrucción en el nivel de la vena cava superior, por lo que se realizó la toma de radiografía simple de tórax (figura 1), con evidencia de masa mediastinal superior ligeramente a la derecha, la cual correspondía al sitio de la vena cava superior, por lo cual, la paciente fue sometida a tomografía axial computada (TAC) de tórax (figura 2), con evidencia de lesión tumoral de aproximadamente 13 cm x 10 cm de características heterogéneas, con diferentes densidades, prevaleciendo la densidad semi-líquidas. Sospechosa de una probable lesión maligna como primera posibilidad de masa mediastinal con SVCS. Se decidió realizar biopsia percutánea para citología con la idea de realizar el diagnóstico, ya que sus condiciones generales así lo permitían, siendo reportada la biopsia como probable timoma, sin especificar más datos. Por tal motivo, la paciente fue valorada para cirugía con diagnóstico de timoma a determinar extensión. Decidiendo que por la naturaleza de la



Figura 4. Quiste mediastinal (pericárdico) de 15 cm de diámetro fuera del lecho quirúrgico, se logra observar el espacio que ocupaba en relación con las estructuras mediastinales como vena subclavia, inominada y cava superior.

presentación se debería de descartar malignidad, la paciente se consideró como candidata a exploración y resección de la masa, previa valoración médica y cardiológica. Se realizó la Cirugía por medio de abordaje anterior transternal, con esternotomía media, con hallazgo de masa de aproximadamente 15 cm de diámetro de características quísticas, localizada sobre la vena cava superior (causando compresión extrínseca pero sin evidencia de invasión a las paredes del vaso), limitada en la parte superior por la vena inominada, por fuera del pericardio y de la pleura parietal mediastinal del pulmón derecho sin evidente invasión a dicha pleura (figura 3). La lesión quística no invadía órganos mediastinales, ya que su disección fue sencilla, sin evidencia de un pedículo específico, únicamente con tejido fibroso laxo y grasa que lo rodeaban con escasos vasos sanguíneos (figura 4). Posterior a la resección se dejó drenaje mediante una sonda mediastinal que se retiró al tercer día posoperatorio por presentar bajo gasto, siendo egresada al cuarto día posoperatorio sin complicaciones. El reporte final de patología diagnósticó masa quística de 15 cm, con predominio de células mesoteliales compatibles con quiste de pericardio, sin evidencia de alteraciones histológicas anormales. La paciente ha evolucionado satisfactoriamente desde el punto de vista quirúrgico, actualmente asintomática al

Cuadro 1. Etiología de síndrome de vena cava superior

Malignas	80 – 95%
Neoplasias pulmonares	60 – 76%



Figura 3. Transoperatorio del hallazgo de la masa quística que condicionaba obstrucción de la vena cava, mostrando la relación con vena inominada, vena subclavia, pleura parietal, aorta y pericardio.

tiempo de éste reporte, sin evidencia de manifestaciones del SVCS.

DISCUSIÓN

La presentación del quiste pericárdico es una condición muy rara, estimando una incidencia del 7%⁸ y una prevalencia de 1/100, 000 personas.³ La presentación de nuestro caso como masa de mediastino superior es una forma inusual de localización del QP. En una revisión de casos de 1929 a 1986, Stoller reportó que en 34 casos descritos solo se presentaron 5 de ellos en mediastino superior, siendo confundidos con otras patologías frecuentes de mediastino como: timomas, linfomas, tumores mesenquimatosos, o tumores de células germinales extragonadales.⁷ Siendo el quiste pericárdico una condición benigna, normalmente los pacientes son asintomáticos, sin embargo en nuestro caso la paciente presentó síndrome de vena cava superior como primera manifestación clínica, siendo ésto posible principalmente en localizaciones inusuales del quiste, existiendo reportes de casos aislados con lesiones intrapericárdicas, manifestando taponamiento cardiaco secundario al quiste.⁹ Las presentaciones clínicas evidentemente serán variadas dependiendo de la localización y el tamaño del quiste, algunos reportes mencionan casos con obstrucción de bronquios, arritmias cardiacas, ruptura de quistes con cuadros semejantes a infartos.^{6,7} La presentación de SVCS en una paciente joven como en nuestro caso, primeramente obliga a descartar padecimientos de tipo oncológico, de acuerdo a diferentes series en que reportan del 80 al 95% de las causas de SVCS son neoplásicas, y de éstas

las más frecuentes son las pulmonares hasta un 60% al 76%¹⁰⁻¹³ (cuadro 1). Como primer abordaje diagnóstico esta indicada la valoración del tórax por medio de estudios radiográficos simples, posteriormente TAC que ofrece invaluable ventajas al señalar las características de la obstrucción en caso de que se trate de una masa o tumor, ofreciendo importante información respecto a la relación con los órganos mediastinales, siendo uno de los estudios recomendados para valorar los procedimientos a seguir para obtener el diagnóstico.¹⁴ En caso que se facilite o la masa en cuestión sea susceptible a toma de biopsia, se considerará los procedimientos menos invasivos, como en nuestro caso, que se realizó la biopsia percutánea con aguja fina,¹⁵ la cual aportó información de la citología de la masa, sin embargo, no siempre son concluyentes, existiendo márgenes de error, sobre todo si la masa o tumor no corresponde a una lesión tumoral pulmonar, siendo susceptible a reportar diagnósticos erróneos como el de timoma en éste caso. Debiendo de descartarse en todo momento los tipos de cáncer pulmonar que se presentan con SVCS como primera manifestación, siendo el más frecuente el de células pequeñas, seguido de células no pequeñas y adenocarcinomas, además de otro tipo de lesiones tumorales como linfomas, timomas y lesiones metastásicas.^{10,12} En este caso en particular se reportó una lesión compatible a timoma, la cual no se logró descartar desde el punto de vista clínico, no obstante que la paciente mejoró ligeramente con la punción diagnóstica y que la TAC mostraba áreas heterogéneas con predominio de densidades semilíquidas, la TAC no fue concluyente para demostrar masa quística, lo cual está en relación a otros reportes,⁷ sin embargo, sus características de heterogeneidad de la masa en cuanto a densidades, nos obligo a pensar en centros necróticos de tejido tímico, por lo que se consideró la cirugía para poder explorar el mediastino y valorar la extensión de la lesión, debido a que la TAC de tórax no mostró datos de invasión local o metástasis. La conducta quirúrgica en éste caso descrito fue determinada por el diagnóstico de la citología de masa tumoral compatible con timoma.

El hallazgo transoperatorio de la masa quística orientó a un probable quiste bronquial, sin embargo no encontramos evidencias anatómicas de pedículo vascular que explicara su origen, por lo que únicamente nos limitamos a la resección del quiste sin complicaciones, logrando la disección sin lesiones de los órganos vecinos, en especial de la vena cava. Posteriormente patología reportó el diagnóstico de quiste pericárdi-

co, lo cual nos obliga a reportar ésta inusual presentación. En lo que se refiere al abordaje del SVCS, existen algunas controversias al respecto, en algún tiempo se consideró como una urgencia para el oncólogo médico, por la pronta necesidad de aplicar radio o quimioterapia en condiciones urgentes, sin embargo, la tendencia actual recomienda el abordaje diagnóstico para el SVCS de manera sistematizada por medio de obtención de biopsia como evidencia histopatológica antes de aplicar cualquier tratamiento.^{16,17} Siendo la recomendación obtener la biopsia por medio de procedimientos lo menos invasivos posible, como la biopsia percutánea con aguja fina, mediastinoscopia o toracoscopia.^{18,20} Justificando la aplicación de la radio o quimioterapia en tumores que condicionan SVCS, como el caso de tumores de células pequeñas y linfomas que son quimiosensibles y en casos de carcinoma de células no pequeñas que son radiosensibles, recomendando éste abordaje de tratamiento como primera opción o urgente únicamente en casos en que se comprometa la vía aérea, exista edema laringeo o edema cerebral secundario al SVCS.²¹

CONCLUSIONES

Respecto al tratamiento definitivo del quiste pericárdico, existe una conducta pasiva al respecto, no aplicar tratamiento en caso de estar bien establecido el diagnóstico de quiste pericárdico debido a su baja potencialidad de malignidad.⁷ Considerando candidatos a tratamiento sólo los casos que manifiesten síntomas y en pacientes que refieran un riesgo quirúrgico aceptable, lo anterior con el objeto de eliminar masa tumoral, aliviar síntomas y realizar el adecuado diagnóstico histopatológico en casos de duda diagnóstica como en nuestro caso.²² Concluimos recomendando que en los casos que se realice el diagnóstico de masa quística mediastinal confirmada por medio de TAC o ultrasonido y de encontrarse en el borde derecho del pericardio o mediastino anterior, son candidatos a punción percutánea como diagnóstico y tratamiento. Existiendo otras opciones, que dependiendo del tipo de caso serán aplicables, como la punción y evacuación del quiste por medio de mediastinoscopia.¹⁹ En últimas fechas contamos con una técnica novedosa que ofrece múltiples ventajas sobre lo anteriormente comentado, la toracoscopia. Siendo un procedimiento diagnóstico y terapéutico utilizado específicamente en los casos que exista duda diagnóstica o la exploración de la cavidad torácica sea necesaria para valoración integral del pa-

ciente ante la sospecha de patología agregada, logrando la punción, aspiración y resección del quiste, existiendo a la fecha varios reportes de la aplicación de la técnica con exitosos resultados.²³⁻²⁷ Por lo referente al abordaje del síndrome de vena cava superior, concluimos recomendando que la mejor conducta inicial de manejo es realizar el diagnóstico histopatológico antes de aplicar cualquier tratamiento. Aplicando desde luego el procedimiento menos invasivo para la obtención de la biopsia como punción percutánea con aguja fina, mediastinoscopia y toracoscopia en orden de menor a mayor complejidad. Comentario aparte merece la exploración quirúrgica abierta como toracotomía o esternotomía media en casos de masas mediastinales con síndrome de vena cava superior, en los cuales los procedimientos diagnósticos antes mencionados no fueron concluyentes para obtener el diagnóstico, y debido a la elevada frecuencia de lesiones malignas como causa del SVCS, recomendamos considerar la cirugía exploradora abierta en casos de duda diagnóstica y con el fin de no dejar pasar por alto lesiones que sean potencialmente curables. Finalizamos concluyendo que el quiste pericárdico es una patología que deberá de tomarse en cuenta como diagnóstico diferencial de masa mediastinal superior y específicamente con síndrome de vena cava superior.

REFERENCIAS

- Shields TW. Primary Tumors and Cyst of the mediastinum. Lea and Febiger 3ra Edic. E. U. A. General Thoracic Surgery de Shields, 1989. 1119-20.
- Medenica M. Kijanak L. Medenica M. Ruvic J. Pericardial cyst as a problem in differential diagnosis. *Plucne Bolesti* 1989;41 (1-2): 65-8.
- Jarzakowski DC. Braunstein DB. Pericardial cyst: an incidental finding. *J Am Osteopath Assoc* 1998; 98 (8): 445-6
- Williamson BR. Spotnitz WD. Gay SB. Parekh S. Pericardial cyst. A rare mass abutting the aorta. *J Comput Tomogr* 1988; 12 (4): 264-6.
- Volpino P. De Cesare A. Bononi M. Cangemi B. Burza A. Frati R. Caugemi V. Pericardial cyst. Report on 9 treated cases. *G Chir* 1997; 18 (11-12): 811-4.
- Menconi GF. Ambrogi MC. Mussi A. Melfi FM. Davini F. Roggi G. Angeletti CA. Diagnosis and treatment of pleuro-pericardial cyst. Role of videosurgery. *Minerva Chir* 1998;53 (7-8):587-92.
- Stoller JK. Shaw C. Matthay RA. Enlarging, atypical located pericardial cyst. Recent experience and literature review. *Chest* 1986;89 (3):402-6.
- Sugita T. Yasuda R. Magara T. Nishikawa T. Katsuyama K. Hanaoka J. Pericardial cyst in the midline position. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1994; 35 (1):87-8.
- Bava GL. Magliani L. Bertoli D. Gorrieri PF. Rimini A. Zaccagnini C. Bertolini A. Complicated pericardial cyst: atypical anatomy and clinical course. *Clin Cardiol* 1998; 21 (11):862-4.
- Chen YM. Yang S. Perng RP. Tsai CM. Superior vena cava syndrome revisited. *Jpn J Clin Oncol* 1995;25 (2):32-6.
- Patel V. Igwebe T. Mast H. Karetzky MS. Superior vena cava syndrome: current concepts of management. *NJ Med* 1995;92 (4):245-8.
- Hinojosa MB. Fernandez MI. Ergueta MP. González SE. Etiologic prevalence of superior vena cava syndrome. *An Med Interna* 1998;15 (10):531-3.
- Laguna DP. Gazapo NT. Murillas AJ. Martin AH. Portero NJL. Moya MM: Superior vena cava syndrome : a study based on 81 cases. *An Med Interna* 1998;15 (9):470-5.
- Samson M. Imagines in cardiology. Pericardial cyst. *Clin Cardiol* 1998;21 (3):223.
- Gobien RF. Scukas J. Paris BS. CT-assisted fluoroscopically guided aspiration biopsy of central hilar and mediastinal masses. *Radiology* 1981; 141: 443-47.
- Sculier JP. Feld R. Superior vena cava obstruction syndrome: recommendations for management. *Cancer Treat Rev* 1985; 12 (3):209-18.
- Abner A. Approach to the patient who presents with superior vena cava obstruction. *Chest* 1993;103 (4 Suppl):394S-397S.
- Westcott JL. Percutaneous needle aspiration of hilar and mediastinal masses. *Radiology* 1981;141: 323-29.
- Sarin CL. Pericardial cyst in the superior mediastinum treated by mediastinoscopy. *Br J Surg* 1970;57 : 232-33.
- Chest Clin N A.
- Escalante CP. Causes and management of superior vena cava syndrome. *Oncology* 1993;7 (6):61-2.
- Abad C. Rey A. Feijoo J. Gonzalez G. Martin-Suarez J. Pericardial cyst. Surgical resection in two symptomatic cases. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1996;37(2): 199-202.
- Omori K. Ohata M. Irako M. Kitamura K. Namiki Y. Muramatsu T. Nagasaka F. Nishimura O. Sezai Y. Yoshinobu T. Treatment of pericardial cyst under thoracoscopy. *Kyobu Geka* 1992;45 (3): 217-21.
- Satur CM. Hsin MK. Dussek JE. Giant pericardial cysts. *Ann Thorac Surg* 1996;61 (1): 208-10.
- Horita K. Sakao Y. Itoh T. Excision of a recurrent pericardial cyst using video-assisted thoracic surgery. *Chest* 1998; 114 (4): 1203-4.
- Koshino T. Inouue N. Abe T. A case report of video-assisted thoracoscopic resection for a pericardial cyst. *Kyobu Geka* 1998; 51 (7):599-601.
- Prisadov G. Utchikov A. Yondov D. Hadjigeorgiev G. A case of pericardial cyst treated by videothoracoscopy. *Folia Med Plovdiv* 1998; 40 (2): 74-6.