

## ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

### UN VARÓN DE 26 AÑOS CON UNA LESIÓN EN ÁNGULO CARDIOFRÉNICO DERECHO

Dres. Maximiliano Matteoda, Enrique Giaccio

A un varón de 26 años, asintomático, sin antecedentes patológicos de importancia, se le realizó una teleradiografía de tórax (frente) como parte de un *screening* para su ingreso a una academia militar (fig. 1 y 2).

Teniendo en cuenta los hallazgos radiológicos, ¿en cuál de los siguientes diagnósticos Ud. pensaría?

- Almohadilla grasa epicárdica/lipoma pericárdico
- Aneurisma de la aorta ascendente
- Aneurisma del seno de Valsalva
- Dilatación de la vena cava inferior
- Aurícula derecha dilatada
- Várices pulmonares
- Drenaje venoso anómalo
- Tumor cardíaco
- Hernia de Morgagni
- Quiste pericárdico
- Defecto parcial del pericardio (herniación auricular)
- Síndrome del lóbulo medio
- *Pectus excavatum*



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax que muestra una opacidad homogénea tubular en el ángulo cardiofrénico derecho.



Figura 2. Ampliación.

Para caracterizar la imagen descrita en la radiografía simple se realizó una tomografía axial computada (TAC) de tórax con contraste (fig. 3, 4 y 5) donde la imagen observada se proyecta adyacente al borde auricular derecho. La misma presenta un aspecto ovoideo, de bordes bien delimitados, con valores densitométricos entre 10 y 15 unidades Hounsfield (UH) y tiene como

característica distintiva que no realza con el contraste. Además se visualiza continuidad entre el polo anterior y la hoja pericárdica. Si bien no hemos encontrado descripción acerca de este signo en la bibliografía consultada, consideramos que es un hallazgo importante para establecer el diagnóstico.

En base a estas imágenes, ¿cuál es su diagnóstico?

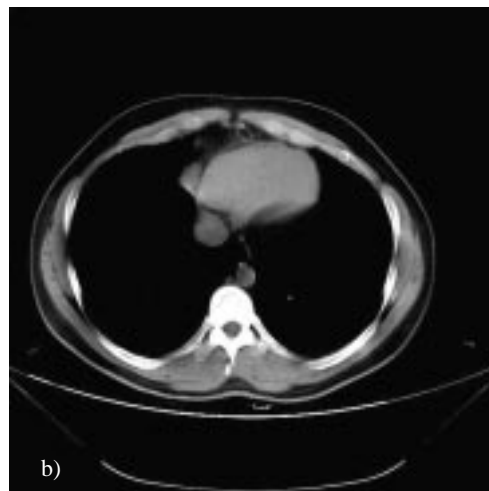


Figura 3. TAC de tórax a) sin contraste b) corte más caudal.

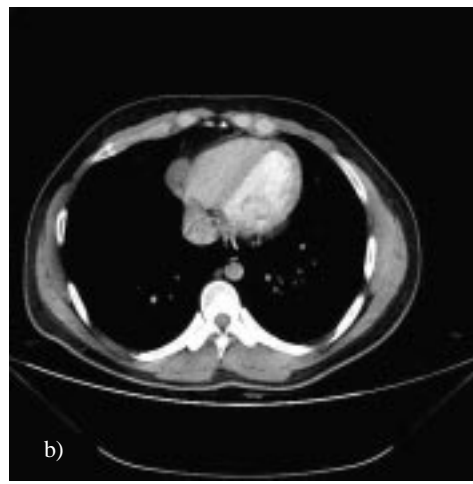


Figura 4. TAC de tórax a) con contraste precoz b) corte más caudal

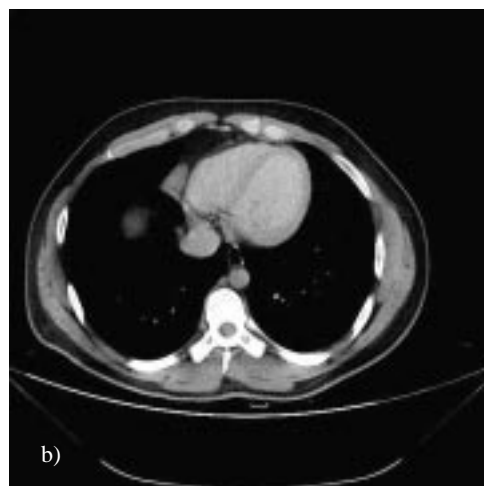
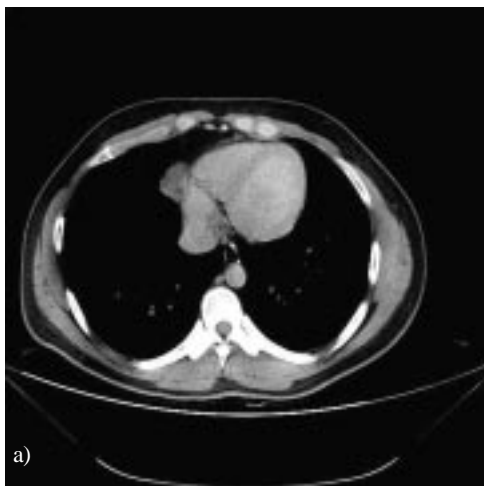


Figura 5. TAC de tórax a) con contraste tardío b) corte más caudal

## DIAGNÓSTICO

### Quiste pericárdico

Los diagnósticos de una imagen situados en el ángulo cardiofrénico derecho son relativamente limitados. La almohadilla grasa epicárdica o la existencia de un lipoma son los casos más frecuentes de masas en esta zona. Se distinguen por ser de menor densidad que el músculo cardíaco y bajos valores densitométricos en TAC (valores negativos menor de 50 UH). En personas que se encuentran bajo la influencia de corticoides, la almohadilla grasa puede adquirir mayor tamaño, por lo que es necesario correlacionar estos hallazgos con los antecedentes terapéuticos del paciente<sup>1</sup>. Nuestro paciente presentaba valores densitométricos entre 10-15 UH por lo que se descartó éste diagnóstico.

En cuanto a la posibilidad de que se trate de alteraciones de índole vascular (aneurisma del seno de Val-salva, dilatación de la vena cava superior, aurícula derecha dilatada, várices pulmonares, drenaje venoso anómalo) fueron descartados ante el hecho de que con la administración del material de contraste no hubo indicio de realce.

La hernia de Morgagni generalmente contiene un componente grasa en caso de que lo herniado sea únicamente epiplón o aire cuando se acompaña de ascenso colónico o intestinal<sup>2</sup>.

Por la localización, y teniendo en cuenta que existe un plano graso de separación, se descarta la posibilidad de que sea un tumor de origen auricular.

El síndrome del lóbulo medio es una entidad producto de la hipoaeración crónica de éste lóbulo, generalmente producido por efecto compresivo (adenopatías)<sup>3</sup>. Por tratarse de una patología de ubicación intrapulmonar con un mecanismo atelectásico, sus márgenes no son definidos y la imagen se acompaña de pérdida de volumen.

También se descarta la posibilidad del *pectus excavatum* dado que el diámetro anteroposterior es normal y existe una imagen paracardiaca confirmada por TAC.

De lo expuesto hasta aquí quedarían dos diagnósticos probables, el quiste pericárdico (pericardio celómico) y el defecto parcial del pericardio. La diferenciación entre estas dos entidades no ha sido aún del todo aclarada existiendo una etiología común, que sería un defecto en la formación embriológica del pericardio. En el caso del defecto parcial como su nombre lo indica, la ausencia localizada de una porción del pericardio permitiría la herniación parcial de la aurícula derecha (no existiría un plano graso de separación como muestra la TAC).

En el caso que nos ocupa, que es un quiste pericárdico, se debe a un defecto en la embriogénesis de la cavidad celómica (desdoblamiento)<sup>4-6</sup>. Se trata de una patología congénita infrecuente (7% de todas las masas mediastinales)<sup>5</sup>. Su incidencia no guarda relación con la edad ni el sexo. La localización más frecuente es el ángulo cardiofrénico derecho (70%) pudiendo además

situarse en el ángulo cardiofrénico izquierdo (20%) y en otras localizaciones más infrecuentes relacionados a los recesos pericárdicos (10%)<sup>6</sup>. La mayoría son asintomático (60%), y cuando presenta algún síntoma, el mismo se relaciona con el efecto de compresión que produce el quiste (disnea, dolor torácico, tos, arritmia) o con alguna complicación del mismo (infección, hemoptisis, hemorragia)<sup>5,6</sup>. En lo que respecta a la forma son típicamente ovalados, y presentan una densidad tomográfica intermedia entre el agua y los tejidos sólidos. Su contenido es proteico, y se han descrito quistes con mayor densidad (30-40 UH) probablemente relacionados a sangrado intraquistico<sup>8</sup>.

## TRATAMIENTO

Existen diversas opciones para el tratamiento de los quistes pericárdicos mediastinales. Muchos autores recomiendan escisión quirúrgica para quistes sintomáticos, de gran tamaño, o de localización atípica<sup>9,10</sup>.

Cuando los pacientes son asintomáticos y de localización típica no presentan indicaciones de cirugía<sup>9</sup>.

La aspiración del quiste guiada por ecografía o TAC posee una alta tasa de recurrencia (22-33%) siendo un procedimiento recomendado únicamente para pacientes de alto riesgo quirúrgico<sup>9</sup>.

El tratamiento de quistes pericárdicos mediastinales por vía toracoscópica es mínimamente invasivo, presenta mínimo dolor postoperatorio, mejor recuperación de la función respiratoria, una corta estadía hospitalaria y estéticamente adecuada. Estaría limitado para aquellos quistes de difícil acceso debido a su ubicación, o que se encuentren adheridos a estructuras vitales<sup>9</sup>.

En nuestro caso, si bien no obtuvimos confirmación histológica, accedimos a una radiografía previa (1995) donde la imagen ya se encontraba, no habiendo aumentado su tamaño ni modificado sus características.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Reed JC. Masas del mediastino anterior. En: Radiología torácica. Patrones radiológicos y diagnóstico diferenciales. 2ª edición. Doyma, Barcelona 1988;69-70.
2. Dodds WJ. Esófago y región esofagagástrica incluyendo el diafragma. En: Margulis AR, Burhenne HJ. Radiología del aparato digestivo. 4ª edición. Panamericana, Buenos Aires 1991;411.
3. Fraser RG, Paré JA. Enfermedades de las vías respiratorias. En: diagnóstico de las enfermedades del tórax. 1ª edición. Salvat editores, Barcelona 1973;1018.
4. Naidich DP, Müller NL, Zerhouni EA, et al. Mediastino. En: tórax TC y RM. 3ª edición. Marban, Madrid 2000;127-128.
5. Feigin DS, Fenoglio JJ. Pericardial Cyst. A radiologic-pathologic correlation an review. Radiology 1977;125:15-20.
6. Tecce PM, Fishman EF, Kuhlman JE. CT evaluation of the anterior mediastinum: spectrum of disease. Radiographics 1994;14:973-90.
7. Kutlay H, Yavuzer S, Han S, et al. Atypically located pericardial cysts. Ann Thorac Surg 2001;72:2137-9.
8. Brunner DR, Whitley DO. A pericardial cyst with high CT numbers. AJR 1984;142:279-80.
9. Cangemi V, Volpino P, Gualdi G. Pericardial cyst of the mediastinum. J Cardiovasc surg 1999;40:909-13.
10. Noyes BE, Weber T, Vogler C. Pericardial cyst in children: surgical or conservative approach?. J Pediatr Surg 2003;8:263-5.