

Quiste mediastinal. Una colección líquida paracardíaca no siempre es pericárdica

Dres. Natalia Moreira, Alejandra Musacco, Horacio Vázquez

Palabras clave: QUISTE MEDIASTÍNICO
INFORMES DE CASOS

Key words: MEDIASTINAL CYST
CASE REPORTS

Introducción

Los quistes mediastinales son poco frecuentes, comprenden de 20% a 30% del total de las masas mediastinales, en su gran mayoría son de origen congénito y se clasifican de acuerdo a su origen embriológico.

En un porcentaje importante de los casos cursan asintomáticos y el diagnóstico surge como hallazgo a partir de una radiografía de tórax patológica.

La presencia de un quiste mediastinal plantea un reto diagnóstico en cuanto a la diferenciación de otras anomalías vinculadas a estructuras mediastinales y la identificación de la etiología del mismo.

Caso clínico

Paciente de 58 años, sexo femenino. Fumadora de 20 cigarrillos diarios, sin otros antecedentes a destacar. Concorre a una revisión médica de rutina, sin síntomas relevantes en el área cardiovascular y con un examen físico normal. Como parte de su evaluación se realiza una radiografía de tórax de frente (figura 1) en la que se observa un masivo aumento de la silueta cardíaca con densidad heterogénea, a expensas de un borde izquierdo convexo, que alcanza la región axilar y se aproxima al ángulo costo-frénico izquierdo. Los campos pulmonares son normales y las marcas vasculares también son normales. La paciente aporta otra radiografía realizada 18 meses antes (figura 2) en la que la silueta cardíaca también estaba aumentada, con un aspecto más globuloso, pero en una magnitud mucho menor a la observada en el momento de la consulta. En ambas radiografías se sospecha una masa ovoidea de distinta densidad, sobrepuesta al borde izquierdo de la verdadera silueta del corazón.

El electrocardiograma (ECG) no mostraba alteraciones significativas.

Se realizó un ecocardiograma transtorácico en el que se encontró una extensa colección líquida adyacente a las regiones lateral e ínfero-lateral del ventrículo izquierdo, que inicialmente fue interpretada como derrame pericárdico tabicado, planteando como diagnóstico diferencial una tumoración quística paracardíaca. Las cavidades cardíacas eran de dimensiones normales y no mostraban ningún efecto compresivo, la función sistólica de ambos ventrículos era normal, no había alteraciones valvulares, los flujos intracardíacos eran completamente normales y no había signos de hipertensión venosa sistémica (figura 3).

A continuación se realizó tomografía computada (TC) de tórax que mostró una voluminosa imagen quística de mediastino anterior, paracardíaca izquierda, con densidad similar a líquido en su interior, que se extendía desde un plano superior al cayado aórtico, hasta la proximidad del ángulo costo-frénico izquierdo. Su diámetro longitudinal era de 167 mm, transversal de 67 mm y anteroposterior de 93 mm. No había áreas de realce patológico con el contraste. No había adenomegalias hiliares ni mediastinales. No se observaba derrame pleural ni pericárdico. Se interpretó que podía corresponder a un quiste pericárdico (figura 4).

Conclusión clínica: tumoración quística voluminosa de mediastino anterior con crecimiento reciente significativo, por lo que se decide realizar cirugía de resección.

Fue intervenida con un abordaje por esternotomía en T invertida, encontrando una gran tumoración quística en contacto con la logia tímica por su extremo superior, con un tamaño aproximado de 20

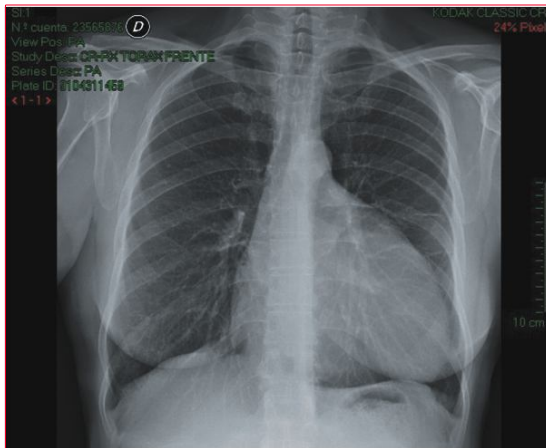


Figura 1. Radiografía de tórax, abril de 2014.

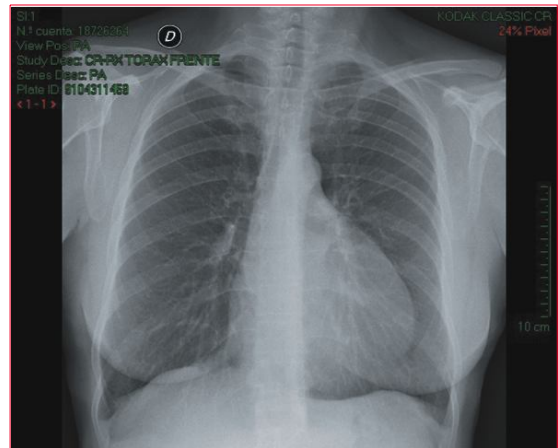


Figura 2. Radiografía de tórax, octubre de 2012.

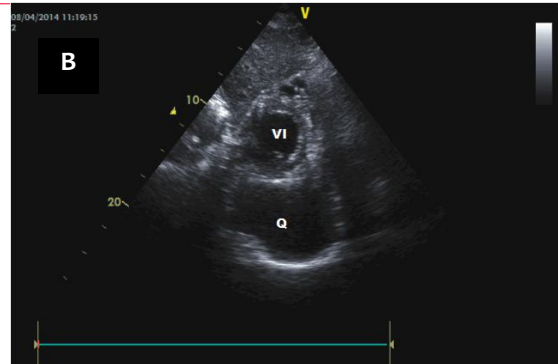
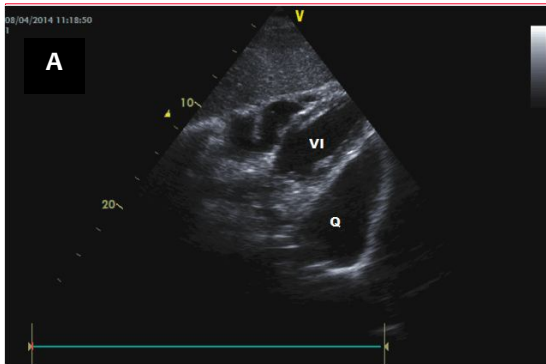


Figura 3. Ecocardiograma. A. Subcostal cuatro cámaras. B. Subcostal eje corto (VI: ventrículo izquierdo; Q: quiste)

por 15 por 10 cm, fácilmente clivable de las estructuras adyacentes, con un contenido líquido negrozco. Se resecó en forma completa.

La anatomía patológica informó restos de lesión quística evacuada, con una pared translúcida de 1 mm de espesor, con un fragmento carnoso asociado de 35 mm con aspecto sólido y áreas amarillentas. El examen histopatológico encontró una pared quística fibroesclerótica tapizada por epitelio aplanado parcialmente conservado, con restos de tejido tímico en la superficie externa. El fragmento carnoso correspondía a tejido tímico con elementos regresivos. Ausencia de exudados inflamatorios, granulomas o hemorragias.

Conclusión anatomopatológica: quiste mediastinal anterior de origen tímico, sin elementos de malignidad.

Cirugía y posoperatorio sin complicaciones, alta hospitalaria al sexto día.

Discusión

Los quistes mediastinales son tumores intratorácicos benignos poco frecuentes, constituyen aproximadamente de 10% a 30% de las masas mediastinales primarias, dependiendo de las distintas se-

ries^(1,2). La mayoría son de origen congénito, pero existen también casos adquiridos de etiología inflamatoria o neoplásica⁽¹⁾.

Pueden clasificarse de acuerdo al origen embriológico en tres grupos: 1. Los derivados del intestino anterior (endodermo) que incluyen los quistes broncogénicos y esofágicos. 2. Los de origen mesotelial o celómico que incluyen los quistes pleurales y pericárdicos. 3. Los que tienen origen tímico, que algunos autores incluyen dentro de los quistes mesoteliales. Existen también otras anomalías más raras como los quistes del conducto torácico o los meningoceles^(1,2). En la serie de Takeda, Mishoshi y colaboradores de 806 pacientes con tumores mediastinales, 13% eran quistes. De los 105 pacientes con quistes mediastinales, 48% eran derivados del intestino anterior, siendo más frecuente el broncogénico que el esofágico, 18% correspondieron a quistes mesoteliales y 28% a quistes tímicos⁽²⁾.

Los quistes tímicos comprenden el 3,7% del total de las masas mediastinales, pudiendo presentarse a cualquier nivel desde la base de cuello al diafragma. Pueden ser exclusivamente de origen congénito, a partir del conducto timofaríngeo⁽³⁾, o pueden tener etiología adquirida tanto neoplásica

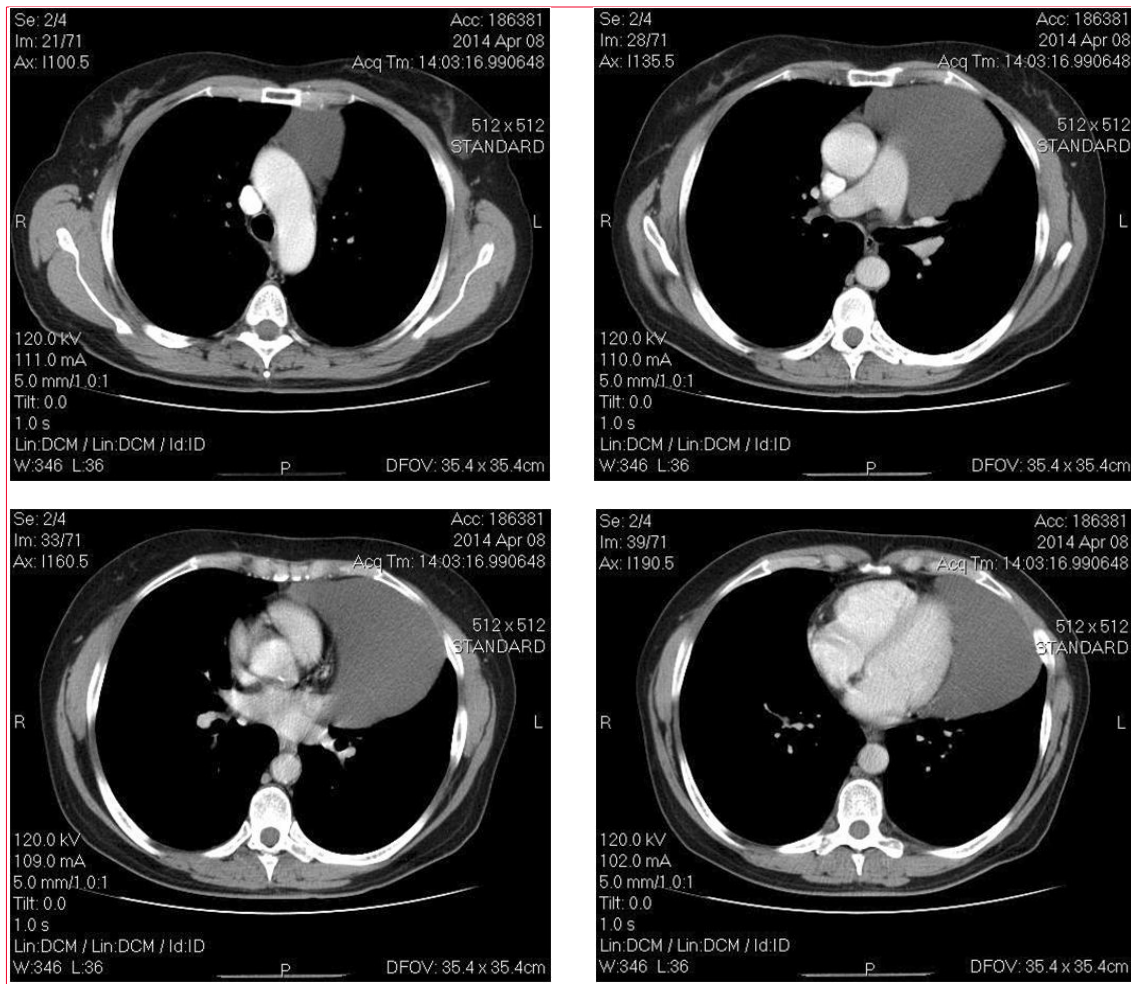


Figura 4. Tomografía computada de tórax. Cortes a nivel de cayado aórtico, grandes vasos, tractos de salida y cuatro cámaras cardíacas.

como degenerativa, por ejemplo por degeneración quística de un timoma⁽⁴⁾. De acuerdo a su origen tienen distintas características, uniloculares o multiloculares, contenido que varía de líquido claro a serohemático o hemático, pared recubierta por epitelio cúbico, escamoso o columnar y asociada a restos de tejido tímico; el tamaño es variable y se han descrito de 3 a 22 cm de diámetro mayor^(2,5-7).

A diferencia de los quistes de origen tímico, los quistes pericárdicos se topografían típicamente en el ángulo cardio-frénico derecho (51% a 70%), menos frecuentemente en el lado izquierdo (28% a 38%), o más raramente en otras localizaciones mediastinales no adyacentes al diafragma (8% a 11%)⁽⁸⁾. Suelen ser quistes uniloculares, conteniendo líquido claro en su interior y con pared fina compuesta por colágeno y fibras elásticas rodeada por una capa de células mesoteliales; ocasionalmente comunican con el saco pericárdico y su tamaño varía entre 1 y 15 cm, pudiendo ser aun mayores^(9,10).

Los quistes mediastinales son sintomáticos en aproximadamente el 60% de los casos, presentándose con dolor torácico, tos, disnea, fiebre, hemoptisis o disfonía, que en general aparecen progresivamente y pueden derivar del contacto o compresión de estructuras adyacentes. Menos frecuentemente los síntomas pueden vincularse a complicaciones del propio quiste, como infección o hemorragia^(1,2). El 40% restante son asintomáticos y se diagnostican a partir del hallazgo de una radiografía de tórax patológica, donde se observa como una masa bien delimitada, radioopaca, redonda u oval; la apariencia es similar en las distintas lesiones quísticas, pero la ubicación mediastinal puede sugerir el diagnóstico y guiar los siguientes estudios de imagen^(1,2,11).

Actualmente la resonancia nuclear magnética (RNM) es la técnica de elección para establecer el diagnóstico y determinar la ubicación de los quistes, pero se utiliza menos frecuentemente en comparación a la TC por su menor disponibilidad y mayor costo, en tanto la TC también es muy útil para defi-

nir las características de los mismos y decidir la conducta a seguir^(1,12).

En cuanto al manejo terapéutico, la indicación de extirpación completa del quiste mediastínico es muy clara cuando es sintomático. Los resultados a corto plazo son excelentes, con eliminación de los síntomas, morbilidad operatoria aceptable y muy baja tasa de recurrencia a largo plazo^(1,2,13). La escisión quirúrgica es terapéutica y aporta el diagnóstico definitivo del tipo de quiste, por lo que se desaconseja el manejo expectante^(1,2).

Existe un debate acerca de la conducta a seguir en casos de pacientes asintomáticos, un enfoque conservador puede ser considerado en caso de quistes mediastínicos pequeños, sin compresión de estructuras adyacentes, sin evidencia de crecimiento progresivo ni características atípicas que hagan sospechar complicaciones o malignidad. Sin embargo, la cirugía es el método más seguro para obtener un diagnóstico y tratamiento definitivos con tasas de mortalidad y morbilidad satisfactorias^(1,14).

Conclusión

Hemos presentado el caso de una paciente asintomática con el hallazgo de un marcado incremento de la silueta cardíaca en una radiografía de tórax. El ecocardiograma mostró una extensa colección líquida paracardíaca y la tomografía de tórax mostró un voluminoso quiste de mediastino anterior, que se extendía desde encima del cayado aórtico hasta la proximidad del ángulo costo-frénico izquierdo.

Si bien la paciente estaba asintomática, el tamaño de la masa y la evidencia de crecimiento reciente llevaron a la indicación quirúrgica. Los hallazgos intraoperatorios y la anatomía patológica demostraron que se trataba de un quiste gigante de origen tímico.

Este caso pone en evidencia las dificultades diagnósticas que puede plantear al cardiólogo la presencia de una masa mediastinal y el papel de los estudios de imágenes en su resolución.

Bibliografía

1. **Gursoy S, Ozturk A, Ucvet A, Erbaycu AE.** Lesiones quísticas primarias y benignas del mediastino

en el adulto: espectro clínico y tratamiento quirúrgico. *Arch Bronconeumología* 2009;45(8):371-5.

2. **Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Maoka A, Matsuda H.** Clinical Spectrum of Mediastinal Cysts. *Chest* 2003;124(1):125-132.
3. **Bieger RC, McAdams AJ.** Thymic cysts. *Arch Pathol* 1966; 82(6):535-541.
4. **Graeber GM, Thompson LD, Cohen DJ, Ronnigen LD, Jaffin J, Zajtchuk R.** Cystic lesion of the thymus: a occasionally malignant cervical and/or mediastinal mass. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 87(2):295-300.
5. **Cray da Costa MA, Rodrigues Montemor M, Colman J, Cordeiro da Costa G.** Giant thymic cyst with atypical location: case report. *Rev Bras Cir Cardiovasc* 2013;28(3):408-11.
6. **Sirivella S, Gielchinsky I, Parsonnet V.** Mediastinal thymic cysts: a report of three cases. *J Thorac Cardiovascular Surg* 1995;110(6):1771-2.
7. **Çelik A, Teber I, Mustafa Demiröz S, Ipek Gönül I, Cüneyt Kurul I.** Atypically located thymic cyst: a case report. *Gazi Med J* 2011; 22: 18-20.
8. **Patel J, Park C, Michaels J, Rosen S, Kort S.** Pericardial cyst: case reports and a literature review. *Echocardiography* 2004; 21(3):269-72.
9. **Gervilla J, Soler J, Melé J, Domingo P, Mayoias E, Oriol C.** Quiste pericárdico. *Semergen* 2010;36(3):174-6
10. **Celik T, Firtina S, Bugan B, Sahin M, Ors F, Iyisooy A.** A giant pericardial cyst in an unusual localization. *Cardiol J* 2012;19(3):317-9.
11. **Jeung MY, Gasser B, Gangi A, Bogorin A, Charneau D, Wihlm JM, et al.** Imaging of cystic masses of the mediastinum. *Radiographics* 2002; 22:S79-93.
12. **Shaham D, Skilakaki MG, Goitein O.** Imaging of the mediastinum: applications for thoracic surgery. *Thorac Surg Clin* 2004;14(1):25-42.
13. **Kozu Y, Suzuki K, Oh S, Matsunaga T, Tsushima Y, Takamochi K.** Single institutional experience with primary mediastinal cysts: clinicopathological study of 108 resected cases. *Ann Thorac Cardiovasc Surg* 2014;20(5):365-9.
14. **Esme H, Eren S, Sezer M, Solak O.** Primary mediastinal cysts: clinical evaluation and surgical results of 32 cases. *Tex Heart Inst J* 2011;38(4):371-4.