

Quiste pericárdico: Una causa infrecuente de síncope

Pericardial cyst: A rare cause of syncope

Recibido: 15 julio de 2017 | Revisado: 20 setiembre de 2017 | Aceptado: 03 octubre de 2017

ARNALDO GELDRES ECHEVARRÍA¹
JUAN RIVERA VIZCARRA¹
KAREN JEMINA GÚZMAN VALENCIA¹
YURI VLADIMIR LAZARTE VILLAFUERTE¹
ZULY DEYSI TREJO SÁNCHEZ¹

ABSTRACT

Pericardial cysts are an infrequent entity. In the literature reference is made to a prevalence of 1/100000 over the general population. They are usually of congenital origin and only rarely are they acquired. Despite the fact that the most frequent clinical presentation is asymptomatic and the prognosis is benign, important complications have been described. The case we detail is interesting because the main symptom was syncope and it was associated with an obstruction of the right ventricle outflow tract. The diagnosis was made through imaging tests such as transthoracic echocardiography, transesophageal echocardiography, and magnetic resonance imaging. The orderly and adequate use of the imaging studies allowed to make the most appropriate decision for the patient. We opted for surgical treatment due to the location of the pericardial cyst and to avoid complications such as rupture.

Key words: syncope, pericardial cyst

RESUMEN

Los quistes pericárdicos son una entidad infrecuente. En la literatura se hace referencia a una prevalencia de 1/100000 sobre la población general. Suelen ser de origen congénito y solo en raras ocasiones son adquiridos. A pesar de que la forma de presentación clínica más frecuente es asintomática y el pronóstico es benigno, se han descrito importantes complicaciones. El caso que detallamos es interesante debido a que el síntoma principal fue el síncope y estuvo asociado a una obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. El diagnóstico se realizó mediante las pruebas de imágenes como ecocardiografía transtorácica, ecocardiografía transesofágica, resonancia magnética. El uso ordenado y adecuado de los estudios de imágenes permitió tomar la decisión más adecuada para el paciente. Optamos por el tratamiento quirúrgico debido a la localización del quiste pericárdico y para evitar complicaciones como su ruptura.

Palabras clave: síncope, quiste pericárdico

¹ Hospital Nacional Luis N. Sáenz PNP
E-mail: arnaldo_geldres@hotmail.com

Introducción

Los quistes pericárdicos son poco frecuentes y por lo general, asintomáticos y su hallazgo suele ser casual (Gómez, et al, 1999). La afectación cardíaca en la hidatidosis es poco común. En los pacientes, suele asociarse a la presencia de quistes, aunque se han descrito casos de afectación cardíaca aislada. Suele afectar al ventrículo izquierdo en forma de quistes, principalmente intramiocárdicos. La sospecha diagnóstica es baja debido a que muy raramente produce sintomatología y cuando esta sucede se debe a la presencia de complicaciones, muchas veces fatales por su gravedad. (Gómez et al., 1999)

Para el diagnóstico diferencial de las tumores quísticas cardíacas se utilizan distintas técnicas de diagnóstico por imagen, la importancia del uso de dichos estudios radica en el diagnóstico y tratamiento precoz de algunas patologías como la hidatidosis cardíaca debido al alto riesgo que conlleva esta enfermedad (Téllez, 2000).

La clasificación de los tumores pericárdicos se divide en primarios y malignos. Los tumores primarios pueden ser benignos o malignos: dentro de tumor benigno (quiste pericárdico, lipomas, rabdomioma y teratomas) y tumores malignos (mesotelomía, sarcomas y linfomas) (Téllez, 2000).

El Perú, en la actualidad, es probablemente el país de América con una mayor incidencia y prevalencia de equinocosis quística. Entre el 2001 y 2006 el número de casos por año fue entre siete y 11 casos por cada 100 000 personas; sin embargo, hay departamentos con más altas tasas de incidencias entre 14 y 34 casos por cada 100 000 habitantes como es el caso de los departamentos de Junín, Cerro de Pasco y Huancavelica (Guerra, 2015).

En América Latina afecta mayormente a Argentina, Uruguay, Brasil y Chile. En nuestro país, se producen anualmente alrededor de 800 casos nuevos de hidatidosis con una

mortalidad que llega al 6-7%. La enfermedad afecta a cualquier edad, siendo más frecuente entre los 10 y 60 años (Guerra, 2015).

El compromiso cardíaco es raro. Representa el 0,5-3% de los quistes hidatídicos en humanos. Las áreas de compromiso cardíaco incluyen el ventrículo izquierdo (60%), ventrículo derecho (10%), pericardio (7%), arteria pulmonar (6%), e inusualmente el tabique interventricular (4%). (Espinoza et al., 2012)

La ecocardiografía bidimensional, la TC torácica y la resonancia nuclear magnética (RNM) son los principales estudios de imágenes utilizados para diagnóstico de quiste pericárdico. La RNM posee mayor precisión para la visualización del pericardio y la naturaleza del líquido en su interior. La ecocardiografía transesofágica nos puede mostrar su localización respecto a otras estructuras del corazón. (Espinoza et al., 2012)

Presentamos el caso de un paciente varón con un quiste cardíaco de origen hidatídico, sin afectación extracardiaca, detectado mediante distintas técnicas de imagen. Nuestro paciente ingresó con síncope y dolor torácico por lo que fue hospitalizado para efectuarle un estudio.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente varón de 39 años natural de La Oroya que vive en Lima desde hace cuatro años y cuya ocupación es policía instructor. El paciente refirió presentar episodios de síncope desde aproximadamente un año antes de su ingreso a nuestro hospital. Tres semanas antes de su entrada, el enfermo presentó un episodio de dolor torácico tipo punzada y síncope; por tal motivo, acudió a emergencia de nuestro hospital y por estar asintomático al momento de la evaluación fue enviado, inmediatamente, a un consultorio de cardiología. Al ser evaluado el paciente seguía asintomático. Se solicitó un electrocardiograma, evidenciándose bradicardia sinusal con FC 53 lpm, sin cambios isquémicos, ni blo-

queo aurículoventricular. Se le indicó un estudio Holter y ecocardiografía transtorácica.

Mientras esperaba la realización de dichos estudios, el paciente presentó un nuevo episodio de síncope y dolor de pecho tipo hincada, motivo por el cual acudió a una clínica particular donde le solicitaron una tomografía de tórax y en ella se evidenció una imagen sugestiva de quiste cardiaco.

Por tal motivo, acudió con dicho resultado a nuestro hospital. Se le realizó un Holter, el cual evidenció ritmo sinusal de base, frecuen-

cia cardiaca mínima de 30 latidos por minuto, frecuencia cardiaca máxima de 94 latidos por minuto, actividad ectópica ventricular escasa, actividad ectópica supraventricular escasa, R-R de mayor duración 2843 msg, no bloqueo aurículoventricular.

Se hospitalizó al paciente para el estudio correspondiente y efectuó una ecocardiografía transtorácica (Figura 1). No se tuvo buena ventana transtorácica; sin embargo, se pudo evidenciar una imagen sugestiva de quiste fijo adyacente al tracto de entrada del ventrículo derecho.

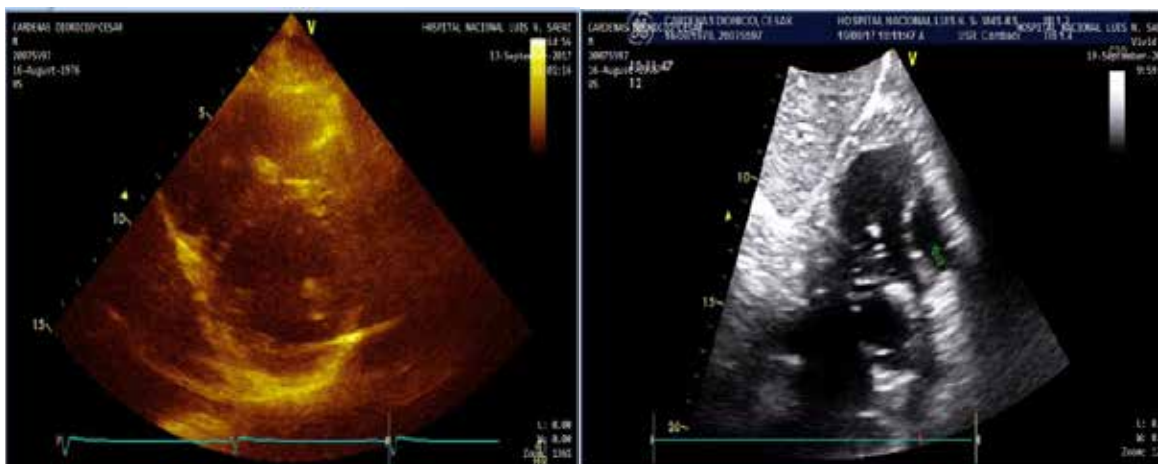


Figura 1. Ecocardiografía transtorácica: imagen quística adyacente a pared libre de ventrículo derecho

Así que, se realizó una ecocardiografía transesofágica (Figura 2) la cual mostró una imagen quística fija de 4cm x 4 cm dependiente del pericardio que desplaza y comprime la pared libre del ventrículo derecho, la misma que producía una obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho (mayor al 50% de su diámetro). No se evidenció burbujas dentro de imagen quística al realizar test de burbujas.

Para el descarte de una etiología parasitaria se solicitó un estudio parasitológico seriado de heces, doble difusión Arco 5 y ELISA IgG para *Equinococcus Granulosis*. Todas las pruebas resultaron negativas. Se realizó una resonancia cardiaca contrastada, evidenciándose en su eje corto a nivel de los segmentos medios una imagen redondeada no invasiva y adyacen-

te a la pared libre del ventrículo derecho. Se observó que dicha imagen quística producía obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho. (Figuras 3 y 4).

Ante los hallazgos se decidió por el tratamiento quirúrgico, el que se realizó bajo soporte de circulación extracorpórea. Luego de aperturar la pared anterior epicárdica se encontró un quiste pericárdico de aproximadamente 4 cm. de diámetro que fue tratado con solución hipertónica y extraído. Posteriormente, el estudio anatomopatológico determinó que era un “Quiste Hidatídico Intramiocárdico”. El paciente evolucionó, favorablemente, en su postoperatorio y fue dado de alta con la indicación de ingerir Albendazol de 400 mg. dos veces al día.

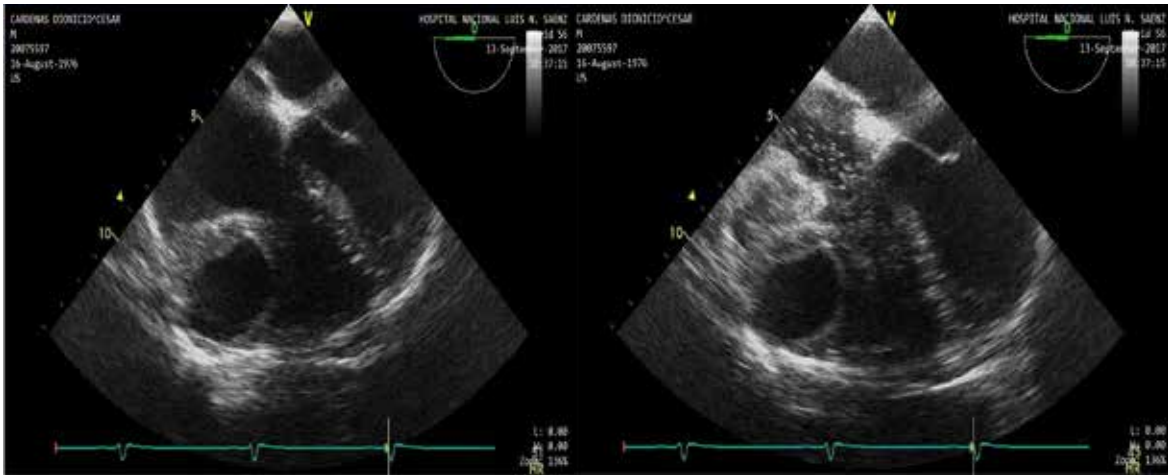
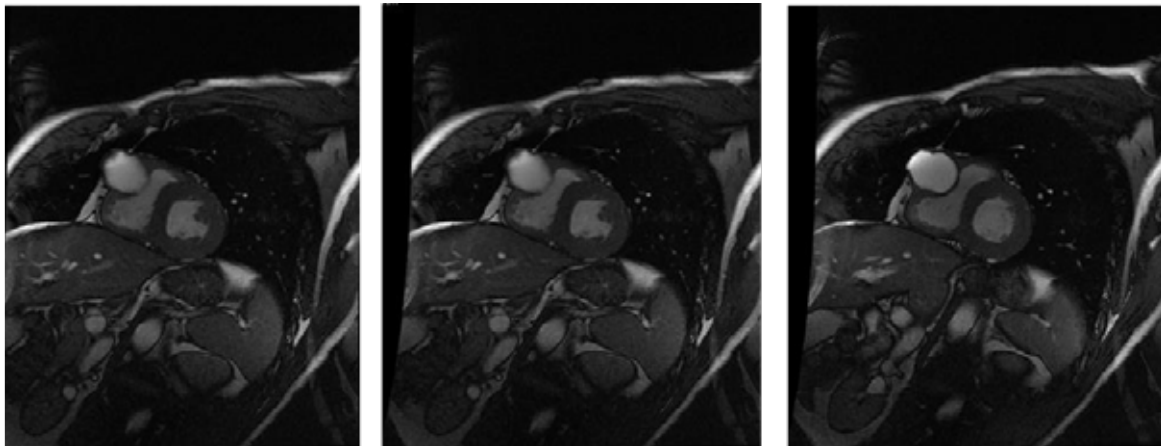


Figura 2. Imagen en 0 grados (cuatro cámaras): quiste pericárdico que comprime pared libre de ventrículo derecho.



Sangre negra

Eje corto 1

Eje corto 2

Figura 3. Imagen quística adyacente a la pared libre del ventrículo derecho

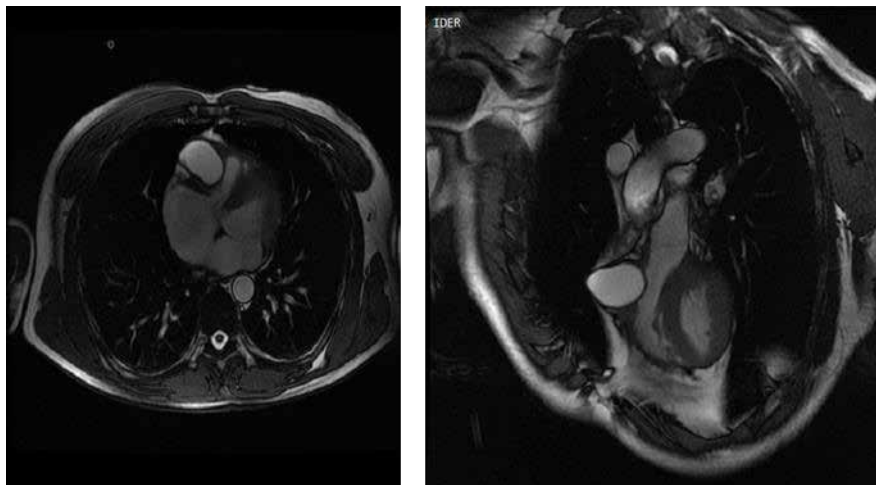


Figura 4. Imagen quística. Obstrucción del tracto de salida del ventrículo derecho

Discusión

Los quistes pericárdicos, en general, son raros. Es el tumor pericárdico más benigno y frecuente que representa el 20% de los de pericardio y corazón. Se produce por una alteración en la embriogénesis de la cavidad celómica que es la más frecuente. En el caso del enfermo, el quiste era adquirido (producido por las larvas enquistadas de *Echinococcus granulosus*). La incidencia de afección cardiaca en los pacientes con hidatidosis es de un 0,5-2%, y la implantación en el pericardio es poco frecuente. El quiste pericárdico suelen ser único, uniloculado y con líquido claro en su interior. (Reyes-Irigoyen, et al., 2015).

La hidatidosis afecta sobre todo a personas relacionadas con rebaños de ganado, mataderos y a dueños de perros contaminados. En el Perú, la prevalencia de hidatidosis humana en los últimos cinco años oscila de 7 – 11 / 100 000 habitantes. Se localiza, principalmente, en el hígado (> 65% de los casos) y en los pulmones (25%) (Gómez-Aldaraví et al., 1999).

A pesar de que la mayoría son asintomáticos, los quistes hidatídicos cardíacos son sumamente peligrosos porque se rompen a menudo. Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño, localización e integridad del quiste, y en algunos casos no hay síntomas. En este caso clínico, el paciente presentó episodios de síncope asociado a obstrucción del tracto de entrada del ventrículo derecho y dolor torácico de tipo punzada esporádico, probablemente por irritación pericárdica.

Se han descrito distintos casos de embolismo pulmonar, embolismos periféricos, taponamiento cardíaco, isquemia miocárdica por compresión del sistema arterial coronario, trastornos de la conducción eléctrica, alteraciones mecánicas valvulares y cuadros de anafilaxia. En el electrocardiograma, se suelen observar alteraciones inespecíficas de la repolarización o bloqueo de rama derecha y es frecuente la presencia de ondas T negativas. (Ozkan, Ali, Tuncer, Gursioy & Cagri, 2012)

En este caso, se observó bradicardia sinusal con frecuencia cardiaca 53 lpm y posteriormente se solicitó el Holter. La detección de los anticuerpos contra antígenos equinocócicos específicos es la prueba con mayor especificidad y también se utilizan pruebas de hemaglutinación indirecta, de inmunofluorescencia indirecta o de ELISA.

Las técnicas de diagnóstico como la radiografía torácica, la ecocardiografía transtorácica y transesofágica, la tomografía o la resonancia magnética nos permiten definir la posición y características de los quistes. En el caso clínico de nuestro paciente el estudio se inició con la tomografía que le fue indicada por un médico particular. Dicho examen nos dio una información acertada de la probable etiología del síncope; posteriormente, se realizaron los demás estudios de imágenes para orientar el diagnóstico diferencial. La ecocardiografía es la técnica de elección para el diagnóstico de los quistes hidatídicos cardíacos, debido a su amplia disponibilidad, alta sensibilidad, gran resolución y capacidad de analizar al mismo tiempo las consecuencias hemodinámicas.

La ecocardiografía transesofágica (ETE) fue indicada debido a la mala ventana transtorácica que presentaba el paciente. La ETE permitió visualizar y entender el mecanismo del síncope en nuestro paciente. La RM (resonancia magnética) delimita la masa, la grasa pericárdica. Esta técnica es, especialmente, útil para analizar la relación de la masa con otras estructuras intracardiacas, así como su extensión a estructuras vasculares y mediastínicas adyacentes. (Saborido, Blanco, Rodríguez & Nieto, 2012)

La RM es superior al ecocardiograma para diagnosticar la infiltración del pericardio, composición de la masa, diferenciar lesiones sólidas de quísticas y estudiar su grado de vascularización. Si bien no puede sustituir a la anatomía patológica, permite obtener signos indicativos de benignidad o malignidad y en muchas ocasiones determinar la naturaleza de la lesión. (Pérez et al., 2006).

Se optó por el tratamiento quirúrgico, dado el posible riesgo de rotura y anafilaxis. Los quistes pueden romper también la cavidad pericárdica y causar un derrame pericárdico o un taponamiento y la formación de quistes hijos. En nuestro caso, el paciente fue operado mediante evacuación del contenido del quiste y escisión de las porciones redundantes de la cápsula del tumor. Se utilizó una solución salina al 20% intraquística durante 10 minutos para esterilizar el quiste y la irrigación pericárdica con solución salina hipertónica al 17.7% para disminuir la recurrencia de la enfermedad en localización pericárdica.

El paciente recibió tratamiento médico con un fármaco antiparasitario: el albendazol, que es el medicamento que ha demostrado tener mayor eficacia en el quiste hidatídico. Es el tratamiento estándar de 10-15 mg/kg/ día por tres ciclos de un mes con descansos de 14 días.

Se recomienda tratamientos de tres a seis meses ya que han presentado índices de éxito en el 49% de los pacientes, respuesta parcial en 13%, y falla en el tratamiento en 31.5% de los enfermos.

Referencias

- Espinoza, C., Palma, P., Soto, D., Rozas, V., Ramírez, A. & González, M. (2012). (2012). Hidatidosis cardíaca caso clínico. *Revista médica chilena*, 140(11), 1449-1452.
- Gómez-Aldaraví, R., Otero, E., Chorro, F., Muñoz, J., Losada, A. & López, V. (1999). Quistes cardíacos un caso de hidatidosis cardíaca aislada. *Revista Cardiología española*, 52(5), 355-358.
- Guerra, L.M. (2015). Hidatidosis humana en el Perú. *Apuntes de ciencia y sociedad*, 5(1), 94-101.
- Pérez, E., García, M., García, M.A., Zamorano, J.L., Ferreiros, J. & Lafuente, J. (Junio, 2006). Utilidad de la resonancia magnética en el estudio de las masas cardíacas y de la afección pericárdica. *Revista española de cardiología*, 6(E), 30-40.
- Ozkan, M., Ali, M., Tuncer, A., Gursoy, O. & Cagri, A. (2012). Quiste hidatídico cardíaco: un enfoque multimodal. *Revista española de cardiología*, 65(2), 187-188.
- Reyes-Irigoyen, E., Miranda-Fraga, P., García-Álvarez, J., Robledo-Ulloa, E., Díaz-Aguilar, C.Y., Porrás-Escorcía, O.,... Lemus, J.A. (2015). Tratamiento radical de quiste hidatídico. *Revista del hospital Juárez de México*, 82(1), 60-63.
- Saborido, C., Blanco, P., Rodríguez, M. & Nieto, B. (Mayo, 2012). Pericardio: imagen por RM. Presentado en el 31 Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica, España.
- Téllez, G. (2000). *Tratado de Cirugía cardiovascular*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.