

## Neumopericardio y quiste hidatídico

JOSE A. G. ALVAREZ\*, JUAN D. HUMPHREYST, ESTEBAN LUDUEÑA CLOS

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 45 años, oriundo del sur de la provincia de Buenos Aires. Un mes antes de su ingreso estuvo internado en otro centro donde se le realizó un drenaje subxifoideo por un quiste hidatídico mediastinal; la tomografía del tórax realizada antes del drenaje muestra una imagen quística que contacta con el pericardio engrosado (Figura 1). Días más tarde presenta un derrame pericárdico sin signos de taponamiento. En las radiografías del tórax se observa distensión pericárdica con nivel hidroaéreo (Figuras 2 y 3).

Derivado a nuestro hospital con diagnóstico de neumohidropericardio y quiste mediastinal anterior derecho se realizó la resección del quiste, hallándose comunicación entre éste y el pericardio. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste hidatídico complicado y la cavidad pericárdica tenía abundantes depósitos de fibrina. El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta con albendazol como terapéutica específica. Posteriormente desarrolló un cuadro de pericarditis constrictiva.

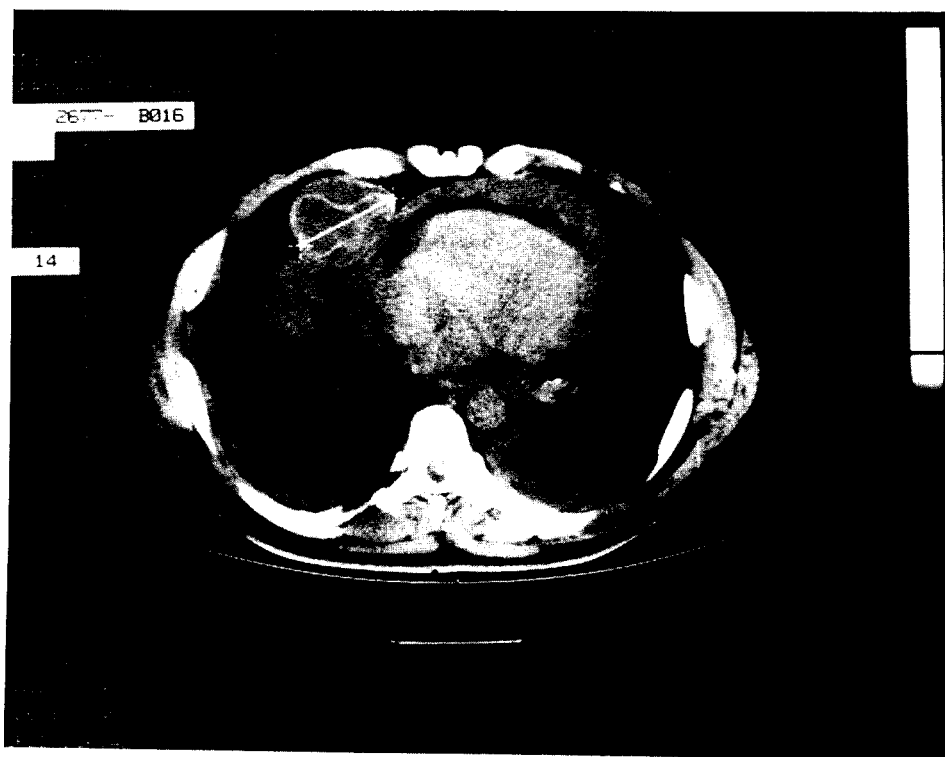


Fig. 1. TAC: Imagen quística en el mediastino contactando con el pericardio engrosado.

Servicio de Cardiología, Hospital Británico de Buenos Aires

\* Miembro Adherente SAC

t Miembro Titular SAC

Trabajo recibido para su publicación: 3/99. Aceptado: 6/99

Dirección para separatas: José A. G. Alvarez, Hospital Británico de Buenos Aires, Perdriel 74, (1280) Buenos Aires, República Argentina

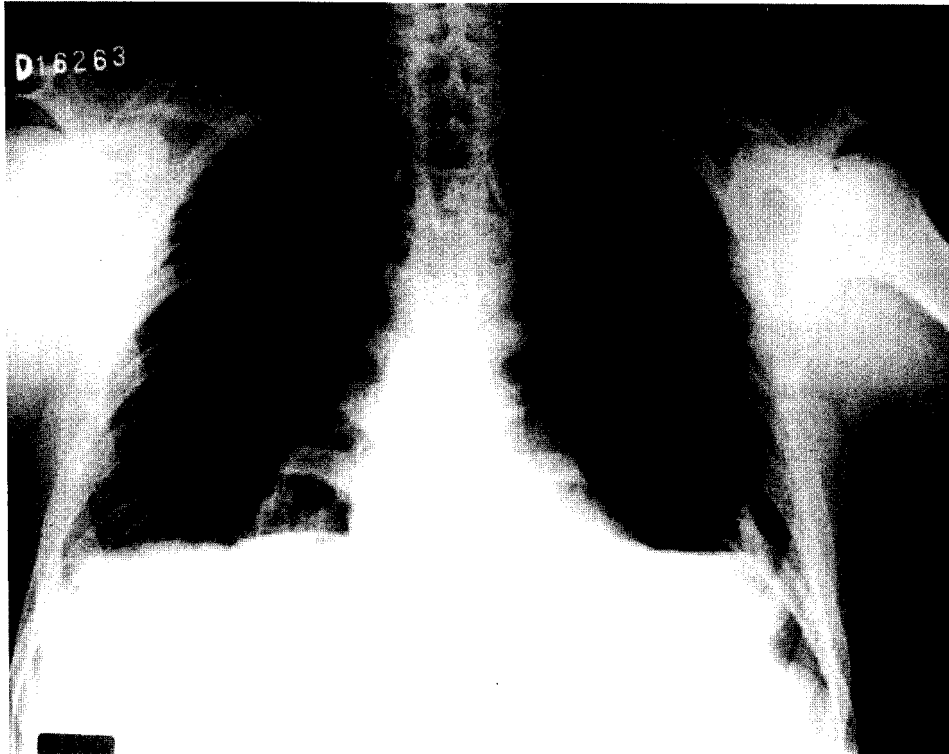


Figura 2



Figura 3

Figs. 2 y 3. Radiografías de frente y de perfil que muestran distensión pericárdica y franco nivel hidroaéreo.

El neumopericardio es, a veces, causa de taponamiento cardíaco y se ha descrito una forma primaria en niños sin otra anomalía detectable o secundaria a una variedad de patologías, como traumatismo penetrante o no penetrante del tórax, ruptura de un absceso pulmonar, aspergilosis pulmonar, infección por citomegalovirus en receptores de trasplante de pulmón, fistula broncopleurales carcinomatosas, linfadenopatía subcarinal maligna, ruptura gástrica o esofágica y como complicación en la colocación de *stents* esofágicos, cirugía laparoscópica, punción de médula ósea esternal y *bypass* coronario con arteria gastroepiploica. (1, 2)

Comparada con las localizaciones hepática (65% a 70%) y pulmonar (15% a 30%), la equinocosis mediastinal es rara; la ubicación en el mediastino posterior es la más frecuente y suele producir erosión de vértebras y costillas; en el mediastino anterior puede haber compresión traqueal y en el mediastino medio (los casos menos frecuentes) pueden causar compresión y erosión de los grandes vasos. (3)

Sólo el 0,2% al 2% de los quistes hidatídicos se encuentran en el corazón, (4) y la localización más habitual es el ventrículo izquierdo. (5) El compro-

miso pericárdico se ha descrito como consecuencia de la ruptura de un quiste ventricular o por la fistulización de un quiste hepático infectado. (6)

Describimos los hallazgos inéditos de un caso en el que el neumopericardio ocurrió luego del drenaje e intento de marsupialización de un quiste hidatídico con ubicación en el mediastino y que estaba fistulizado en el pericardio.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Wynne J, Braunwald E. The cardiomyopathies and myocarditides: Toxic, chemical, and physical damage to the heart. *En:* Braunwald E. Heart Disease. A Textbook of Cardiovascular Medicine (4<sup>a</sup> ed). Philadelphia, WB Saunders 1992; pp 1394-1450.
2. Smith L, Naqvi T. Images in clinical medicine. Tension pneumopericardium. *N Engl J Med* 1995; 332: 1481.
3. Fraser R, Paré J, Paré P, Fraser R, Genereux G. Infectious disease of the lungs. *En:* Fraser R y col. Diagnosis of diseases of the chest (3a ed). Philadelphia, WB Saunders 1989; pp 774-1173.
4. Iglesias LF, Zabala y Morales M, Marcos G y col. Pericarditis secondary to the rupture of a hydatid cyst. *Rev Esp Cardiol* 1999; 52: 135-138.
5. Gula G, Luisi VS, Machado F, Yacoub M. Hydatid cyst of the heart. Clinical and surgical implications. *Thorac Cardiovasc Surg* 1979; 27: 393-396.
6. Xanthakis DS, Katsaras E, Eftimiadis M y col. Hydatid cyst of the liver with intrathoracic rupture. *Thorax* 1981; 36: 497-501.