

## El caso radiológico

Carlos Chamorro-Mera, M. D.\*

### HAGA SU DIAGNOSTICO

Hombre de 36 años, raza blanca y agricultor de profesión. Consulta por cefalea, fiebre nocturna; en los últimos días ha expulsado material mucopurulento por las fosas nasales. Ocho días antes de su consulta presentó tos con esputo amarillento y algunas veces hemoptoico. El examen físico fue completamente normal. La citología del esputo mostró células de tipo inflamatorio.

### POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS

1. Cáncer broncogénico.
2. Quiste celómico pericárdico
3. Adenopatías por linfoma.

### DESCRIPCION RADIOLOGICA

El corazón es de tamaño y forma normales (Figuras 1 y 2). La aorta se ve muy nítida y de aspecto igualmente normal. Hay una masa de 5x4x6 cm situada a nivel del hilio pulmonar izquierdo que oblitera los vasos pulmonares; es redondeada y en la placa lateral se sitúa delante de la tráquea y de la bifurcación bronquial. No tiene prolongaciones ni se acompaña de exudados pulmonares y tampoco presenta calcificaciones. La tomografía lineal a nivel del hilio pulmonar izquierdo (Figura 3) permite ver perfectamente el bronquio fuente izquierdo, los bronquios del lóbulo superior e inferior del mismo lado. El hilio pulmonar derecho, el mediastino y el pulmón izquierdo son normales. Hay exudados de aspecto neumónico en el lóbulo medio, que borran el contorno cardíaco derecho.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

1. El cáncer broncogénico puede ser de localización central, especialmente la clase epidermoide; sin embargo, es raro que sea completamente de bordes lisos y nítidos como el presente

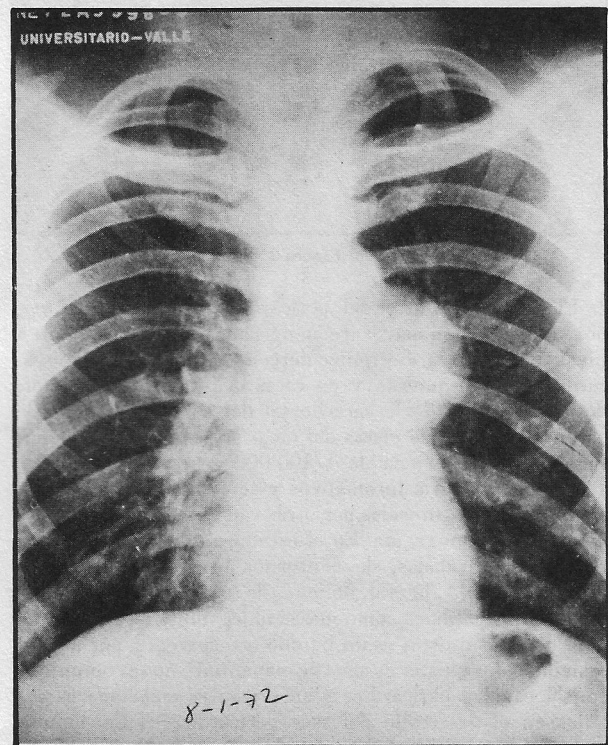


Figura 1

caso. Es usual que exista compromiso bronquial, estenosis u obstrucción, que no se aprecia en el estudio tomográfico realizado a nivel del hilio pulmonar en donde se ve integridad de los bronquios mayores. Es clásica la presentación en llamarada que aparece en el carcinoma broncogénico en la radiografía simple de tórax, debido a la coexistencia de exudados alveolares por infección bronconeumónica e infiltración por el mismo tumor. La citología de esputo tampoco ayuda para afirmar la presencia de tumor de origen broncogénico.

\* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

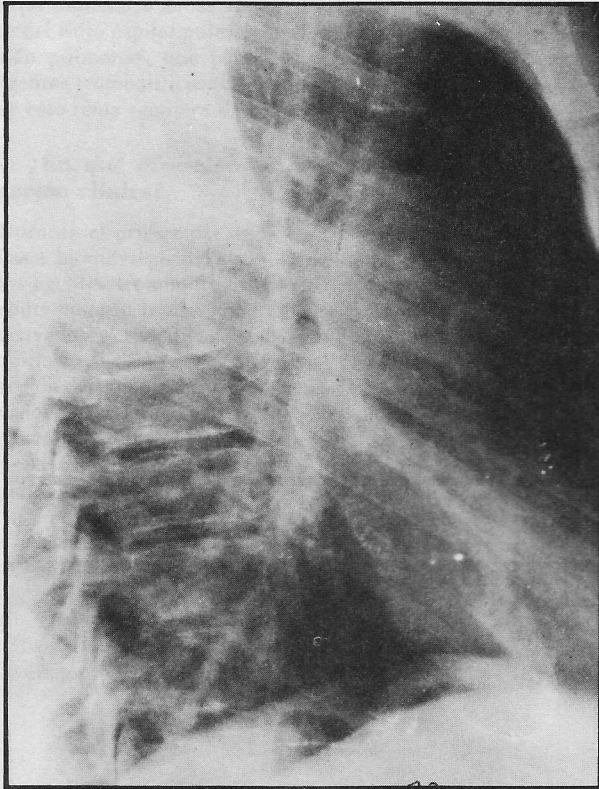


Figura 2

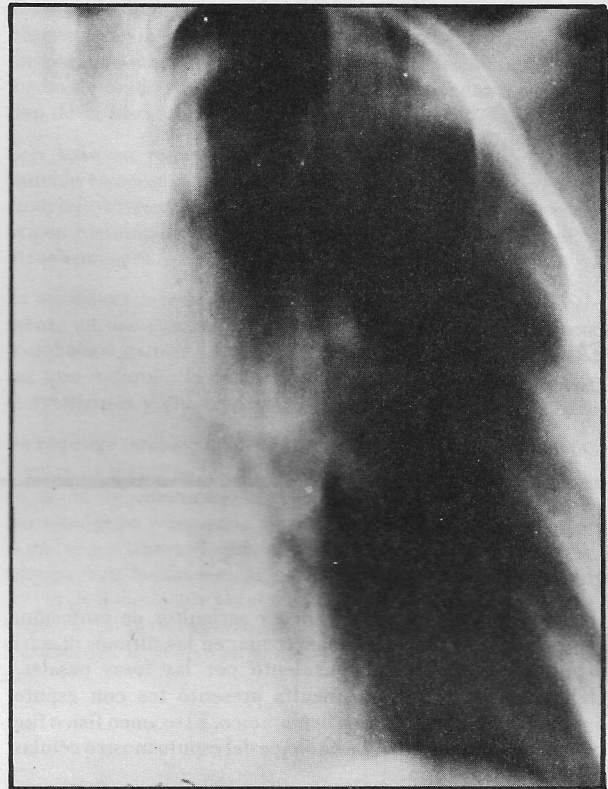


Figura 3

2. El quiste celómico del pericardio puede estar en esa posición, pero con mayor frecuencia aparece anteriormente a nivel del ángulo cardiofrénico derecho, seguido por el ángulo cardiofrénico izquierdo y en raras ocasiones es posterior, desprendiéndose de la cara dorsal del corazón y se puede confundir con otras masas del mediastino<sup>1</sup>. Según Watson<sup>2</sup> tienen una frecuencia de 1/100 000 en población adulta, generalmente son asintomáticos y se encuentran en placas simples de tórax tomadas por otras causas: chequeo médico, patología pulmonar, etc. En el estudio radiológico aparecen redondas u ovaladas, de contornos lisos y en diferentes proyecciones PA, lateral, oblicuas de tórax no se desprenden de la silueta cardíaca como masas independientes<sup>3</sup>. El contenido de estos quistes es un líquido transparente, por lo cual eran llamados quistes de agua de manantial<sup>2</sup>, no se comunican con la cavidad pericárdica y su origen es embrionario por fallas en el desarrollo del saco pericárdico<sup>2,4</sup>. En algunas ocasiones son sintomáticos debido a su tamaño y el efecto mecánico que producen al comprimir estructuras anatómicas vitales<sup>1,4</sup>. El diagnóstico se puede establecer mediante la angiografía, ecografía modo M, tomografía computadorizada (TC) y la toracotomía<sup>5,6</sup>. La TC localiza muy bien el quiste y su contenido, por la capacidad que tiene de medir densidades, además de no captar el material de contraste por su contenido líquido, pero cuando el quiste sangra por traumatismos o tratamiento con anticoagulantes, el contenido de sangre fresca o vieja hace confundir su densidad con otros tumores del mediastino o del corazón<sup>4,7</sup>.

3. El linfoma puede aparecer en el mediastino y en los ganglios hiliares pulmonares y es excepcional que sea unilateral y en forma de masa única. Las adenopatías cervicales y la esplenomegalia son otros elementos de juicio en favor de linfoma, ausentes en el presente caso.

#### DIAGNOSTICO FINAL

Quiste celómico del pericardio comprobado mediante cirugía y patología, una vez el paciente se recuperó de su infección pulmonar y sinusal.

#### REFERENCIAS

1. Slasky, B. S. y Hardesty, R.: Midline pericardial cyst the posterior mediastinum: sonographic and computed tomographic correlation. **Comput Tomogr** 6: 171-175, 1982.
2. Watson, H.: **Cardiología pediátrica**. Salvat Ed., Barcelona, Madrid, pp. 780-781, 1970.
3. Caffey, J.: **Pediatric X ray diagnosis**. 5 ed., Year Book Medical Publishers Inc., Chicago, pp. 360-361, 1967.
4. Patel, B. K., Markivee, C. R. y George, E. A.: Pericardial cyst simulating intracardiac mass. **Am J Roentgenol** 141: 292-294, 1983.
5. Heitzman, E. R., Goldwin, R. L. y Proto, A. V.: Radiologic analysis of the mediastinum utilizing computed tomography. **Radiol Clin North Am** 15: 309-329, 1977.
6. Hill, S. C., Hill, M. C., Abdenour, G., Isikoff, M.: The diagnostic usefulness of computed tomography in primary mediastinal masses in children. **Rev Interam Radiol** 7: 49-54, 1982.
7. Kaimal, K. P.: Computed tomography in the diagnosis of pericardial cyst. **Am Heart J** 103: 566-567, 1982.