

Quiste hidatídico en mediastino*

C. Pedrero Campos¹, S. Sanjuán Rodríguez², J.L. Amaya Lozano¹, J.M. Morán Penco²

¹Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario «Infanta Cristina», Badajoz. ²Servicio de Cirugía Pediátrica y Cátedra de Cirugía Pediátrica, Cátedra de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil y Dpto. Cirugía U. EX, Badajoz

RESUMEN: La localización primaria de los quistes hidatídicos (QH) en mediastino es excepcional. Presentamos un varón, de 12 años, con contacto habitual con perros, que acude por presentar dolor en hemitórax derecho y espalda junto con febrícula. En las Rx de tórax se aprecia una imagen retrocardíaca derecha con ocupación de seno costodiafragmático. En la TAC de tórax aparece un derrame pleural bilateral y una masa de 10 x 7,5 x 5 cm en mediastino medio. Tras su ingreso, una nueva radiografía de tórax revela un aumento del derrame pleural derecho, por lo que se realiza una toracotomía de urgencia, comprobando la existencia de un QH mediastínico con posibles fisuras de la membrana, procediendo a su extirpación. El tratamiento de los QH en mediastino es quirúrgico, debiendo realizar una toracotomía de urgencia, siempre que se sospeche una rotura, para evitar una posible reacción anafiláctica o una siembra en cavidad pleural.

PALABRAS CLAVE: Quiste hidatídico; Mediastino; Derrame pleural.

HYDATIC CYST IN MEDIASTINUM

ABSTRACT: The main localization of hydatid cysts (HC) in mediastinum is exceptional. We present the case of a 12 year-old boy who had habitual contact with dogs. He had pain in the right hemithorax and back together with low-grade fever. In the X-rays of the thorax a right retrocardiac image shows an occupied costodiaphragmatic sinus. The CT of the thorax shows a bilateral pleural effusion and a mass measuring 10 x 7.5 x 5 cm in the middle mediastinum. After admission, a new X-ray of the thorax revealed an increase in the right pleural discharge, for which reason an urgent thoracotomy was performed checking for the existence of a mediastinum HC with possible membrane fissures. The HC was removed. The only treatment of HC in mediastinum is surgical, an urgent thoracotomy being necessary whenever a possible rupture is suspected in order to avoid a possible anaphylactic reaction or growth pleural cavity.

KEY WORDS: Hydatid cyst; Mediastinum; Pleural effusion.

INTRODUCCIÓN

Los quistes hidatídicos (QH) suelen localizarse a nivel hepático y pulmonar, como consecuencia de la patogénesis de la infección, y sólo un porcentaje pequeño de los parási-

tos consiguen traspasar el doble filtro hepato-pulmonar y, por vía hemática arterial pueden aparecer en órganos periféricos y localizaciones inusuales, siendo excepcional su localización en mediastino⁽¹⁻⁶⁾.

Presentamos un caso de QH situado en mediastino que fue intervenido de urgencia ante la sospecha de rotura del quiste.

CASO CLÍNICO

Varón, 12 años, que ingresa en Urgencias de nuestro Centro, procedente de un hospital comarcal, con un cuadro de febrícula, dolor en hemitórax derecho y espalda. Su padre es ganadero y el niño tiene contacto habitual con perros.

Exploración al ingreso: normal. Hemograma: eosinofilia 7%.

Aporta una Rx de tórax en la que se aprecia una imagen de masa retrocardíaca, redondeada y ocupación de senos costodiafragmáticos.

Se realiza TC de tórax, observándose un derrame pleural bilateral y una masa de 10 x 7,5 x 5 cm, situada en mediastino medio, inmediatamente inferior a la carina, con desplazamiento de bronquios, de contenido líquido y con membrana inferior irregular, sugestiva de QH (Figs. 1 y 2). Los cortes abdominales no muestran imágenes quísticas.

Tras su ingreso se repite la Rx de tórax, comprobando un aumento del derrame pleural derecho y, aunque no existe empeoramiento de su estado general, se sospecha rotura del QH, por lo que se decide toracotomía de urgencia, observando un QH mediastínico de unos 8-10 cm de diámetro, con fisura y derrame intracavitario, que se aspira, retirando las membranas y lavando la cavidad mediastínica con solución salina hipertónica al 3%. Extirpación de la periquística y capitonaje parcial de los bordes. Se colocan dos tubos de drenaje y se instaura tratamiento con antibiótico y albendazol. La anatomía patológica confirmó la existencia de un QH.

Evolución favorable 4 años después de la intervención.

DISCUSIÓN

Aunque la mayoría de las masas mediastínicas suelen ser asintomáticas, siendo un hallazgo casual, consideramos ne-

Correspondencia: Dr. José Miguel Morán Penco, Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Materno-Infantil, Avda. Damián Téllez Lafuente s/n, 06010 Badajoz.

*Trabajo presentado en el XXXIX Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Santander, 24-27 de mayo de 2000.

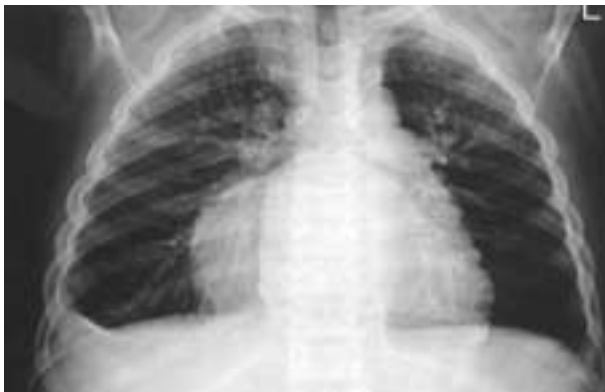


Figura 1. TAC tórax: Masa paracardíaca derecha. Ausencia borramiento silueta cardíaca.



Figura 2. TAC tórax: Masa hipodensa, no homogénea, derrame pleural bilateral.

cesaria la intervención quirúrgica, pues un porcentaje de las mismas son lesiones malignas^(3,5).

En nuestro caso, la clínica fue de dolor en hemitórax derecho y espalda junto con febrícula, posiblemente originada como consecuencia de la rotura del quiste y sobreinfección.

Sin embargo, también se han observado otras formas clínicas, dependiendo de su localización:

1. Cuando se *localizan en mediastino posterior* (55-60%) pueden originar invasión del espacio paravertebral, y el crecimiento del QH puede provocar una paraplejía o hemiplejía^(3,6).
2. Si se *localizan en mediastino medio* (10-15%), el crecimiento puede afectar a grandes vasos, arco aórtico, pericardio y lóbulo pulmonar medio. En el pericardio, la complicación más grave se produce por crecimiento rápido del quiste, pudiendo originar una perforación y taponamiento cardíaco^(1,2).
3. En caso de *localización anterior* (25-35%), el síntoma más frecuentemente descrito es la disnea por compresión traqueal^(2,3).
4. En caso de *localización superior*, existe la posibilidad de originar un síndrome de la vena cava superior o síndrome de Bernard-Horner^(3,5).
5. *Otros posibles síntomas* pueden aparecer como consecuencia de la compresión de los vasos pulmonares, simulando una estenosis congénita, irritación del nervio frénico, o perforación de la arteria subclavia por crecimiento a partir del espacio paraesternal⁽³⁾.

Independientemente de su localización, la rotura del quiste puede originar un cuadro de extrema gravedad, debido principalmente a la eventual aparición de una reacción anafiláctica o por la siembra del quiste⁽²⁻⁵⁾.

Como vemos, los QH localizados en mediastino pueden presentar una gran variedad de formas clínicas de presentación, dependiendo principalmente de su localización.

En nuestro caso se decidió la toracotomía urgente ante la sospecha de fisuración del quiste, al observarse un pequeño derrame pleural bilateral.

Aunque el hallazgo inicial del quiste suele ser por radiografía simple, sin embargo, se ha comprobado que la ecografía y la TAC^(1,2) son útiles; si bien, ésta es más específica. Cuando la afectación es a nivel de los grandes vasos, la angiografía y el Eco-Doppler nos permite distinguir si la opacidad depende de una lesión vascular, como por ejemplo, un aneurisma^(1,2,6).

El tratamiento de los QH en mediastino es quirúrgico, siendo la pericistectomía la técnica de elección. Sin embargo, en algunos casos, la gran adherencia del quiste a las estructuras adyacentes puede hacer difícil o peligrosa la disección, por lo que en estos casos un suficiente drenaje, con aspiración del quiste y extirpación parcial de la cavidad puede ser lo más adecuado.

Como conclusión, consideramos que ante un QH situado en mediastino, que presente posibles signos de rotura como febrícula o derrame pleural, debe realizarse una toracotomía de urgencia, para intentar evitar una posible reacción anafiláctica o una siembra pleural.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hendaoui L, Siala M, Fourati A y cols. Case report: hydatid cyst of the aorta. *Clin Radiol* 1991;**43**:423-425.
2. Gürlek A, Dagalp Z, Ozyurda U. A case of multiple pericardial hydatid cysts. *Int J Cardiol* 1992;**36**:366-368.
3. Lucandri G, D'Elia G, Chiavellati L y cols. Localizzazioni non usuali della cisti da echinococco: aspetti clinici e terapeutici. *Giorn Chir* 1994;**15**:529-537.
4. Des Grottes JM, Oana-Cahoolessur M, Neve P y cols. Hydatidose mediastinale et pulmonaire, granulomateuse bronchocentrique et glomerulonephrite a IgA. *Acta Clínica Bélgica* 1993;**48**:338-343.
5. Paliaga A, Paliaga B, Nemeth A. Cisti idatidee primitive del mediastino e cisti secondarie della pleura mediastinica. *Arch Chir Torac Cardiovasc* 1966;**23**:135-154.
6. Karnak I, Ciftci AO, Cahit Tanyel F. Hydatid cyst: an unusual etiology for a cystic lesion of the posterior mediastinum. *J Pediatr Surg* 1998;**33**:759-760.