

Quiste hidatídico mediastinal en comunicación con la aorta. Rara forma de presentación como tumoración de la pared torácica

Aorta-invading mediastinal hydatid cyst. A rare form of presenting as chest wall tumour

La hidatidosis en el ser humano es una enfermedad parasitaria producida por el crecimiento quístico de la larva de la tenia *Echinococcus granulosus*. Los órganos más afectados por esta enfermedad son el hígado y el pulmón. En un 15-20% de los casos, los embriones pueden atravesar estos filtros, pasar a la circulación sistémica y alcanzar cualquier órgano, sobre todo los que presentan una alta vascularización. Dentro del aparato cardiovascular el miocardio es el sitio más afectado¹. Las teorías de cómo estos filtros son superados refieren la presencia de shunts portocavas o diseminación directa a través de la vía linfática².

Presentamos el caso de un varón, de 40 años, referido a nuestro centro para estudio de una tumoración de la pared torácica.

El paciente refería dolor torácico inespecífico de, aproximadamente, 6 meses de evolución y parestias de la pierna izquierda. Al examen físico se apreciaba una tumoración de 8 x 12 cm a nivel de la pared torácica posterior izquierda.

La analítica mostraba anemia (hematocrito del 30%, hemoglobina de 10 mg/dl) y marcada eosinofilia (7%). Las pruebas de inmunoelectroforesis para hidatidosis eran negativas. En la radiografía de tórax se evidenciaba el velamiento de hemitórax izquierdo con desplazamiento de mediastino hacia la derecha (fig. 1A).

Se realiza ecografía de partes blandas donde se visualiza una imagen sólida heterogénea con calcificaciones. Se completan los estudios preoperatorios con tomografía computarizada (TC) de tórax con contraste intravenoso, donde se objetiva una imagen quística de 10 x 15 cm en contacto con la aorta torácica que rellena con contraste EV y produce erosiones de vértebras y costillas (fig. 1B, C).

Se plantea realizar cirugía combinada entre cirujanos torácicos y cardiovasculares.

El paciente presenta descompensación hemodinámica el día previo a la cirugía por lo que se realiza cirugía de urgencia.

Se ingresa por toracotomía posterolateral izquierda por el sexto espacio intercostal, con hallazgos intraoperatorios de masa pulsátil íntimamente adherida al lóbulo superior izquierdo, se conecta al paciente a bomba de circulación extracorpórea, con posterior pinzamiento de la aorta torácica proximal y distal, se realiza periquistectomía y cierre del

orificio aórtico comunicante con surget seguido de descortización pulmonar (fig. 2). Se resecan partes blandas (tumoración torácica). Luego de la reconexión de la circulación y despinzamiento aórtico, se produce el sangrado en sábana incontrolable con el fallo en las medidas hemostáticas. El paciente tiene mala evolución intraoperatoria, lo que desencadena su fallecimiento. El resultado de la anatomía patológica informa de membranas hialinas hidatídicas.

La enfermedad hidatídica es endémica en algunas zonas con actividad ganadera importante como Argentina, Chile, cuenca mediterránea, Oriente medio, Australia o Nueva Zelanda, por lo que su diagnóstico debe ser sospechado³. La localización mediastínica es muy rara (incluso en países endémicos) y se han descrito, aproximadamente, alrededor de 100 casos en la literatura médica¹. De estos casos, sólo unos pocos han informado de comunicación con la aorta.

Las pulsaciones aórticas desencadenan un traumatismo repetido sobre el quiste erosionando sus paredes hasta causar la apertura. Las complicaciones más graves relacionadas con su rotura son la embolia y el shock anafiláctico.

El origen de los quistes hidatídicos mediastinales no está claro y ha sido cuestionado por algunos autores. Algunos afirman que sería consecuencia de la extensión directa de localizaciones paramediastínicas⁴, mientras que otros presentan teorías sobre la implantación del parásito en la pared de los vasos por ocupación de defectos en la íntima de la pared de los vasos⁵ o diseminación e implantación a través de la vasa vasorum⁶.

La presencia de quistes hidatídicos de mediastino posterior puede erosionar las vértebras, comprimir la médula espinal y producir hasta cuadros de paraplejía⁷.

Entre los estudios por imágenes la TC con contraste intravenoso objetiva fácilmente la comunicación del quiste con los vasos creando imágenes de falsos aneurismas⁸.

Como conclusión, podemos indicar que los quistes hidatídicos de mediastino son muy poco frecuentes y se relacionan con elevada morbilidad cuando son diagnosticados en estadios avanzados. Se deben tener en cuenta como diagnóstico diferencial en los tumores de mediastino, sobre todo en zonas de elevada incidencia de esta zoonosis.

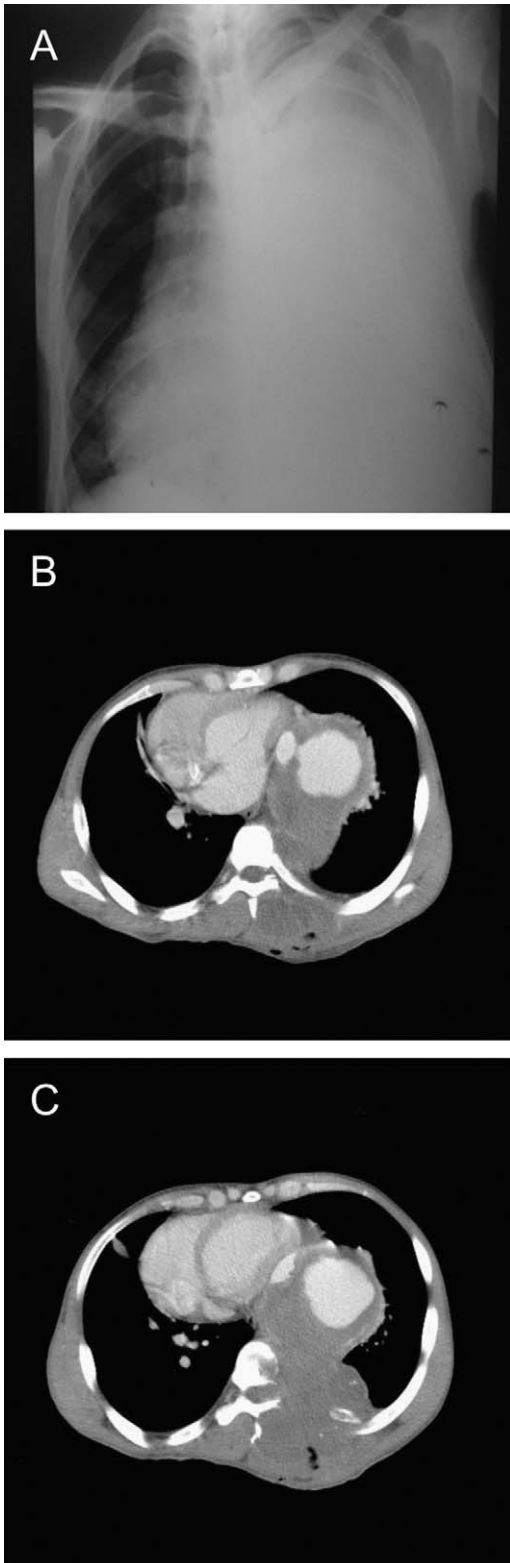


Figura 1 – Estudios por imágenes preoperatorios. A: radiografía de tórax de frente. B y C: tomografía computarizada de tórax con contraste intravenoso donde se visualiza el relleno de contraste radioopaco dentro del pseudoaneurisma y el deterioro de la pared torácica (erosión de vértebras y costillas).

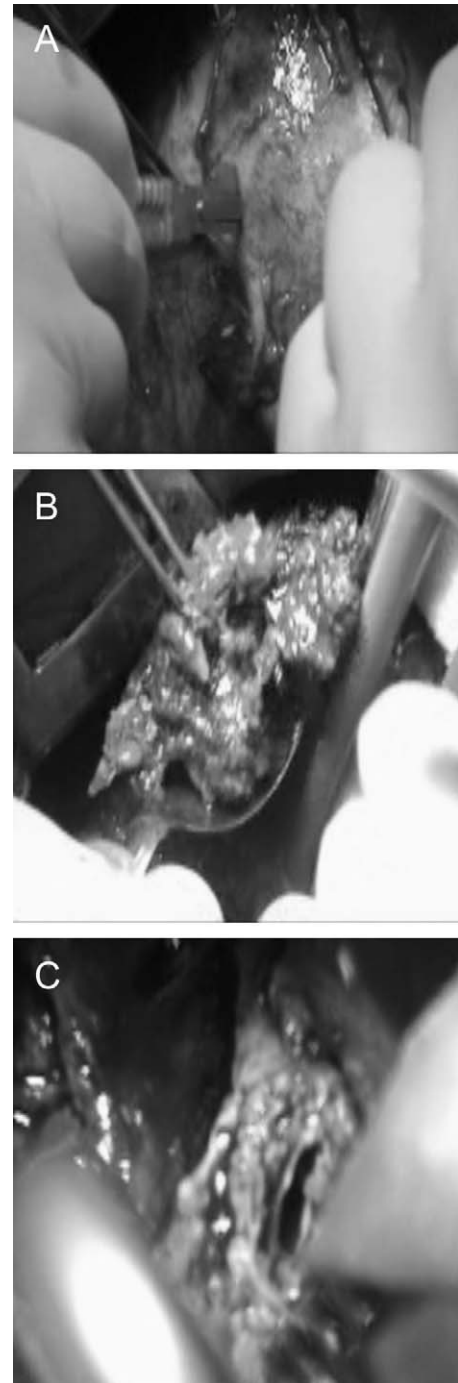


Figura 2 – Imágenes de la cirugía. A: apertura del quiste. B: extracción de vesículas hijas. C: defecto en la pared de la aorta, el cual comunicaba la luz del vaso con el pseudoquiste.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bonmati LM, Touza R, Montes H. CT diagnosis of primary mediastinal hydatid cyst rupture into the aorta: a case report. *Cardiovasc Intervent Radials*. 1988;11:296-9.
2. Heras F, Ramos G, Duque JL, García Yuste M, Cerezuela LJ, Matilla JM. Quistes hidatídicos de mediastino: 8 casos. *Arch Bronconeumol*. 2000;36:221-4.
3. Gelincik A, Ozseker F, Büyüköztürk S, Colako Lu B, Dal M, Alper A. Recurrent anaphylaxis due to non-ruptured hepatic hydatid cysts. *Int Arch Allergy Immunol*. 2007;143:296-8.
4. Errando CL, Ortega MC, Hernández S, Cardona A, Justo P, Rodríguez G, et al. Hidatidosis frenomediastínica y fistula cistoaórtica con embolismo sistémico múltiple. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 1994;41:237-40.
5. Men S, Yucesoy C, Edguer TR, Hekimoglu B. Intraaortic growth of hydatid cysts causing occlusion of the aorta and of both iliac arteries: case report. *Radiology*. 1999;213:192-4.
6. Rada IO. Ischemic syndrome of the lower limb produced by a hydatid cyst. *J Cardiovasc Surg*. 1986;27:282-5.
7. Ranganadham P, Dinakar I, Sundaram C, Ratnakar KS, Vivekananda T. Posterior mediastinal paravertebral hydatid cyst presenting as spinal compression. *Clin Neurol Neurosurg*. 1990;92:149-51.
8. Hadjiat N, Graba A, Mansouri H. Rupture d'une kyste hydatique retroperitoneal dans l'aorte abdominale. *Ann Chir Vasc*. 1986;1:483-5.

Ezequiel Escudero^{a,*}, Enrique Omar Ferrer^b, Gabriela Beatriz Del Valle^a, Alejandro Daniel Catalani^a y Ludmila Grassano^a

^aServicio de Cirugía General, Hospital Interzonal de Agudos Oscar Alende, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

^bServicio de Cirugía del Tórax, Hospital Interzonal de Agudos Oscar Alende, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: loloescudero@hotmail.com (E. Escudero).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.02.010