

## Cartas al Editor

### Quiste hidatídico pericárdico aislado como hallazgo casual

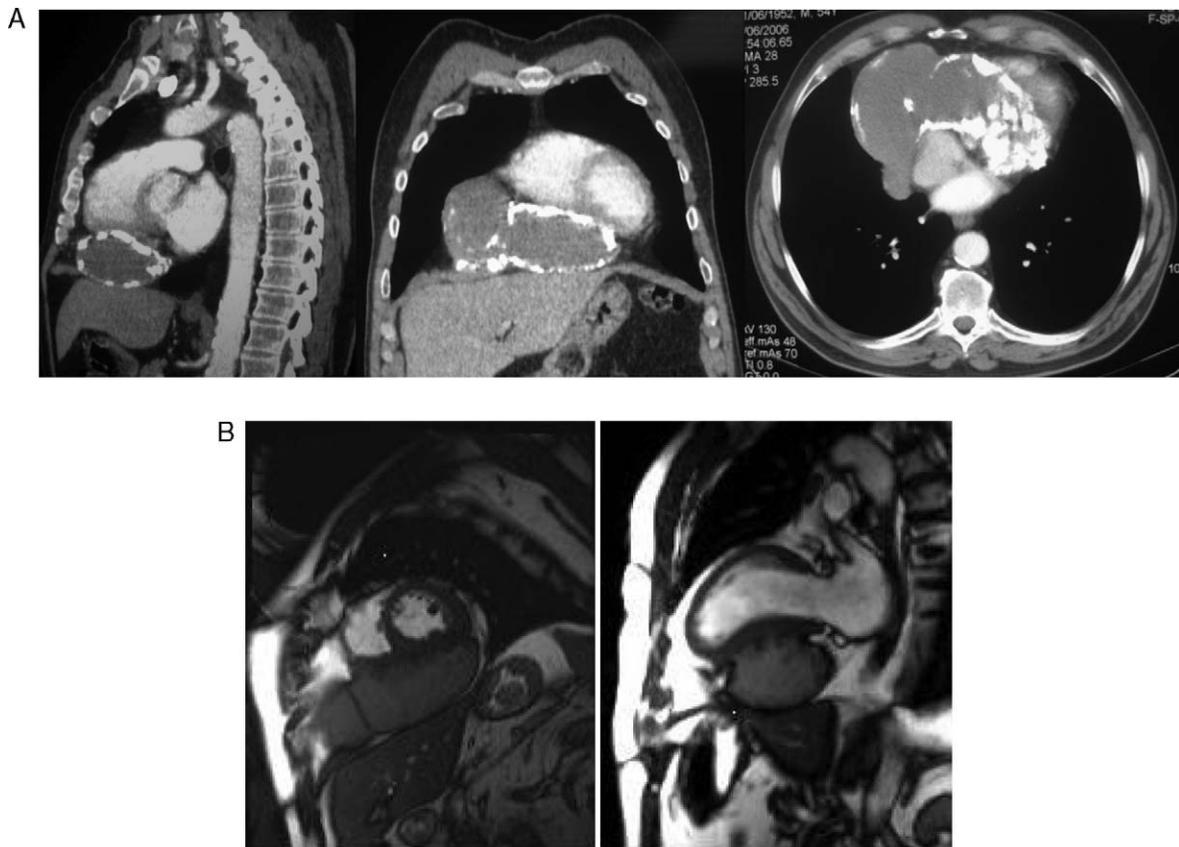
#### *Isolated Pericardial Hydatid Cyst as a Casual Diagnosis*

##### Sra. Editora:

Varón de 54 años al que se realizó una radiografía de tórax en el contexto de una infección respiratoria. Como hallazgo casual, se detectó una deformidad del contorno cardiaco de bordes lisos y bien definidos, localizada a nivel de las cámaras derechas (fig. 1). Se realizó un ecocardiograma, en el que se visualiza una imagen quística con bordes parcialmente calcificados que se localiza en la cara inferior de la silueta cardiaca, sin comprometer la función. Se completó el estudio con una tomografía computarizada de tórax con contraste, en la que se visualiza una gran masa quística en mediastino anterior de localización paracardiaca derecha e infracardiaca, con extensa calcificación de su pared y acompañada de calcificación probablemente pericárdica en torno al ventrículo izquierdo (fig. 2A), y una resonancia magnética cardiaca, en la que se observa una imagen quística intrapericárdica que se adhiere a la zona inferior de ambos ventrículos sin infiltrarlos, de contenido



**Figura 1.** Radiografía de tórax: se aprecia una clara deformidad de la silueta cardiaca, de bordes lisos y bien definidos, que se localiza sobre las cámaras derechas.



**Figura 2.** A: tomografía computarizada de tórax; se observa la masa quística en mediastino anterior a nivel paracardiaco derecho e infracardiaco, con extensa calcificación de su pared. B: resonancia magnética cardiaca; se aprecia la imagen quística intrapericárdica adherida en la cara inferior de ambos ventrículos, pero sin infiltrarlos.

proteínaceo, con imágenes redondeadas en su interior (fig. 2B). Finalmente, se concluyó que se trataba de un quiste de origen hidatídico intrapericárdico adherido a la cara diafragmática de ambos ventrículos sin infiltrarlos.

La afección exclusivamente cardíaca de la enfermedad hidatídica es rara (menor del 2%). La llegada de *Echinococcus granulosus* a las estructuras cardíacas ocurre a través de la circulación sistémica o por extensión directa desde estructuras adyacentes. La clínica depende del tamaño, la localización y la integridad del quiste, pero en algunos casos resulta asintomática<sup>1</sup>.

El diagnóstico puede ser complicado; debería sospecharse con la radiografía de tórax o la ecocardiografía, ya que pueden detectarse con facilidad las deformidades en la silueta cardíaca, y en el caso de la ecocardiografía, la posible existencia de compromiso funcional. Posteriormente, debe completarse el estudio con tomografía computarizada y/o resonancia magnética de alta resolución, que son pruebas superiores a la ecografía para detectar estructuras en el interior de la masa y delimitar su extensión y establecer su relación con los tejidos adyacentes, con vistas a una posible intervención quirúrgica<sup>2</sup>.

El tratamiento definitivo es la cirugía de resección del quiste, sobre todo para evitar posibles complicaciones, y en ocasiones se asocia a tratamiento médico con antiparasitarios. El caso de nuestro paciente no fue intervenido, dado que se encontraba asintomático y él mismo rechazó la operación.

Ane Elorriaga\*, Ainhoa Rubio y Javier Bóveda

Servicio de Cardiología, Hospital de Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [aneelorriaga@yahoo.es](mailto:aneelorriaga@yahoo.es) (A. Elorriaga).

On-line el 31 de marzo de 2011

### BIBLIOGRAFÍA

1. Murat V, Quian Z, Guo S, Qiao J. Cardiac and pericardial echinococcosis: report of 15 cases. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2007;15:278-9.
2. Vural M, Sayin B, Pasaoglu L, Koparal S, Elverici E, Dede D. Isolated pericardial hydatid cyst in an asymptomatic patient: a remark on its radiologic diagnosis. *Clin Imaging.* 2007;31:37-9.

doi:10.1016/j.recesp.2010.10.021

### Revascularización percutánea de oclusión total crónica del tronco común izquierdo

#### *Percutaneous Revascularization of Chronic Total Occlusion of the Left Main Coronary Artery*

Sra. Editora:

Varón de 54 años, caucásico, hipertenso, fumador de cigarrillos, que presentaba hipercolesterolemia y no tenía antecedentes previos de eventos cardiovasculares ni de dolor torácico, fue hospitalizado por disnea y un empeoramiento de la clase de la New

York Heart Association (NYHA). Tanto la exploración física como el electrocardiograma estaban dentro de los límites normales. La ecocardiografía mostró una acinesia apical anterior y una hipocinesia del resto de segmentos, con disfunción ventricular izquierda severa (fracción de eyección ventricular izquierda [FEVI], 20%). Se realizó entonces un cateterismo cardíaco. El tronco común izquierdo (TCI) estaba ocluido a un nivel muy proximal (fig. 1A). La arteria coronaria derecha (ACD) presentaba una estenosis grave en el segmento medio-distal (fig. 1B). El flujo sanguíneo colateral procedía de ramas septales hacia la descendente anterior (DA) y de ramas laterales hacia la arteria circunfleja izquierda (CXI), con una arteria coronaria izquierda sin lesiones estenóticas (fig. 1C). La tomografía computarizada de emisión monofotónica (SPECT) del

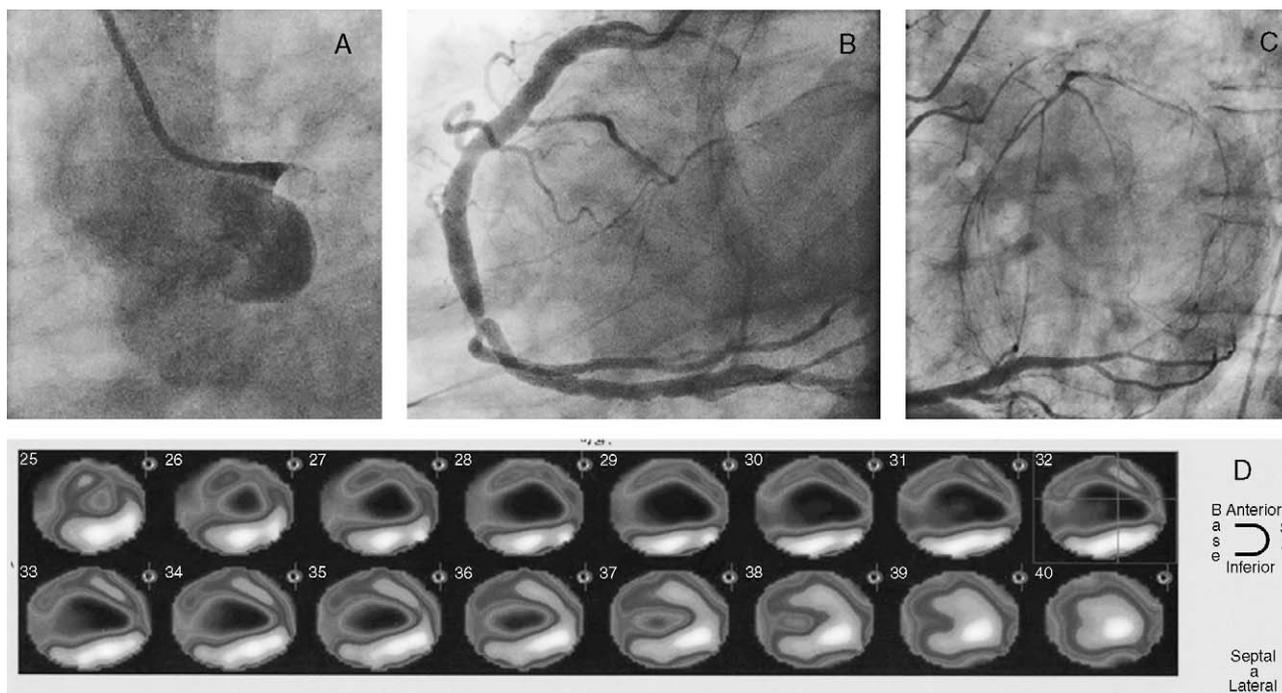


Figura 1. A-C: angiografía al ingreso. D: tomografía de emisión monofotónica única al ingreso.