



la radiografia del mese

Un uomo di 59 anni asintomatico con soffio sistolico e addensamento mediastinico

Atul Aggarwal, MD; Jeffrey S. Klein, MD; Robert W. Battle, MD

(*CHEST Edizione Italiana* 2003; 2:102-106)

Un uomo di 59 anni si rivolse al proprio medico circa 10 anni fa a causa di un soffio cardiaco che, a suo dire, non era presente in età pediatrica. A quel tempo il paziente non mostrava alcun sintomo

*Dal Departments of Medicine (Dr. Aggarwal and Battle) and Radiology (Dr. Klein), University of Vermont, Burlington, VT. Manoscritto ricevuto il 29 novembre 2001; revisione accettata il 9 gennaio 2001.

La riproduzione di questo articolo è vietata in assenza di autorizzazione scritta dell'American College of Chest Physicians (e-mail: permissions@chestnet.org).

Corrispondenza: Atul Aggarwal, MD, McClure 1, MCHV Campus, University of Vermont, College of Medicine, 111 Colchester Ave, Burlington, VT 05401; e-mail: atul.aggarwal@vtmednet.org

(*CHEST* 2003; 123:1289-1292)

e, più specificamente, negava la presenza di dispnea da sforzo, dolore toracico, edema periferico, palpitazioni o sincope. Non era mai stato fumatore e non aveva accusato perdita di peso, febbre o sudorazione. Un ecocardiogramma eseguito tre anni fa mostrava la presenza di una struttura simil-cistica adiacente al ventricolo sinistro.

L'esame obiettivo mette in evidenza un uomo in buona salute con toni cardiaci normali ed un soffio sistolico rude (di grado 3/6) sul focolaio della valvola polmonare (secondo spazio intercostale sinistro), in assenza di altri rumori patologici. Non era presente linfadenopatia, e la radiografia del torace rivela la presenza di un voluminoso addensamento mediastinico anteriore sinistro (Figura 1).

Qual è la diagnosi?



FIGURA 1. Radiografia del torace nella proiezione postero-anteriore (*sinistra*) e laterale (*destra*) che mostra il voluminoso addensamento mediastinico anteriore sinistro.

Diagnosi: verosimile cisti pericardica

Un nuovo ecocardiogramma bidimensionale mise in evidenza una voluminosa massa di natura cistica a livello mediastinico con compressione dell'arteria polmonare nella regione della valvola polmonare (Figura 2). Ciò determinava una moderata ostruzione dell'arteria polmonare con un gradiente medio di 34 mmHg ed un gradiente istantaneo di picco di 51 mmHg. La TC del torace mostrò che il cuore non presentava altre alterazioni, ad eccezione dell'addensamento che misurava 6 cm nel diametro trasverso e 16 cm nel diametro cranio-caudale (Figura 3). L'addensamento aveva apparenza cistica, con aree di calcificazione visibili all'interno delle pareti. Non erano visibili altre anomalie a carico del mediastino, delle vie aeree o del parenchima polmonare.

Con molta probabilità si tratta di una cisti pericardica e, a causa della seppur lieve compressione sull'arteria polmonare principale con un modesto gradiente pressorio transvalvolare, al paziente venne suggerita la possibilità di trattamento chirurgico consistente nell'asportazione della massa cistica. Tuttavia, il paziente rifiutò l'intervento chirurgico, preferendo un trattamento conservativo rappresentato dalla osservazione continua.

DISCUSSIONE

Circa metà dei pazienti con massa mediastinica cistica si presentano asintomatici.^{1,2} L'assenza di sintomi al momento della diagnosi è un buon segno prognostico, dal momento che circa il 90% di questi pazienti hanno una lesione benigna; viceversa, circa la metà dei pazienti sintomatici presenta una lesione di tipo maligno.² Le cause principali di addensamenti mediastinici includono i tumori timici, i tumori a cellule germinali, i linfomi, e le cisti.³

Le cisti pericardiche, anche definite pleuropericardiche, sono anomalie di sviluppo di origine incerta.⁴ Circa il 70% di queste cisti si riscontra a livello dell'angolo cardiofrenico destro a localizzazione anteriore; le altre si localizzano a livello dell'angolo cardiofrenico sinistro e, anche se più raramente, a livello del mediastino superiore.³ La maggioranza delle cisti pericardiche sono scoperte accidentalmente a seguito dell'esecuzione di una radiografia del torace.^{4,5} Queste cisti possono comprimere il bronco lobare medio, determinando tosse e dispnea, ma ciò è particolarmente raro a causa della bassa pressione che possono esercitare. Sono stati riportati casi isolati di ostruzione al flusso ventricolare destro.⁶ Altresì, sono stati descritti casi di shock cardiogenico dovuto alla



FIGURA 2. Ecocardiogramma in visione soprasternale modificata che mostra l'addensamento cistico (contrassegnato dall'asterisco) che comprime l'arteria polmonare principale, nella regione della valvola polmonare (indicata dalla freccia). Al di sotto della valvola polmonare è visibile la valvola aortica con i suoi tre lembi.

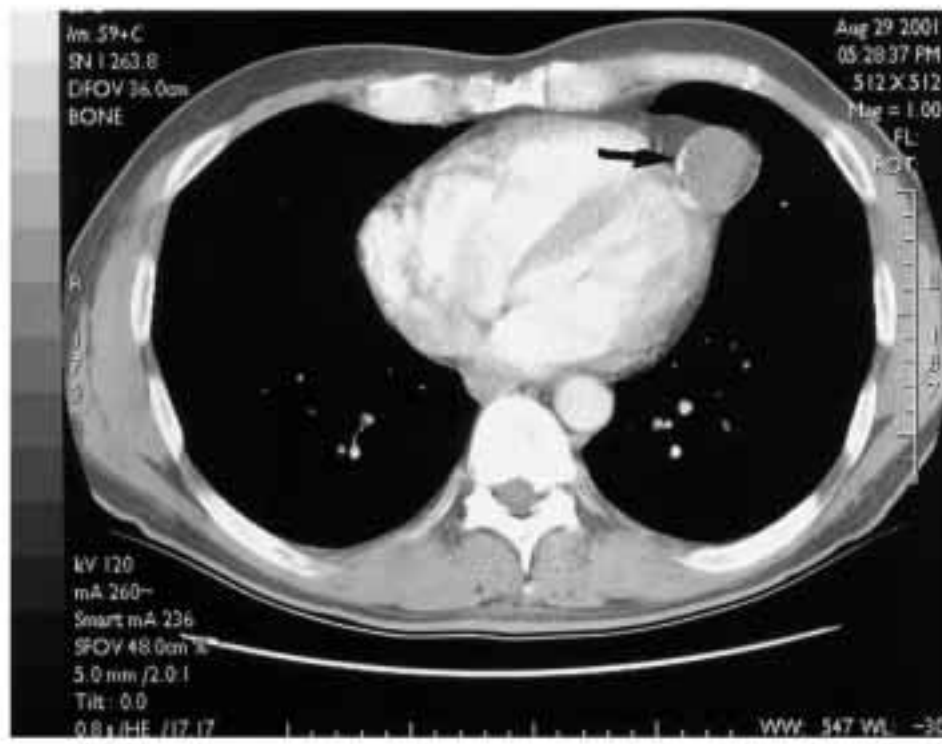
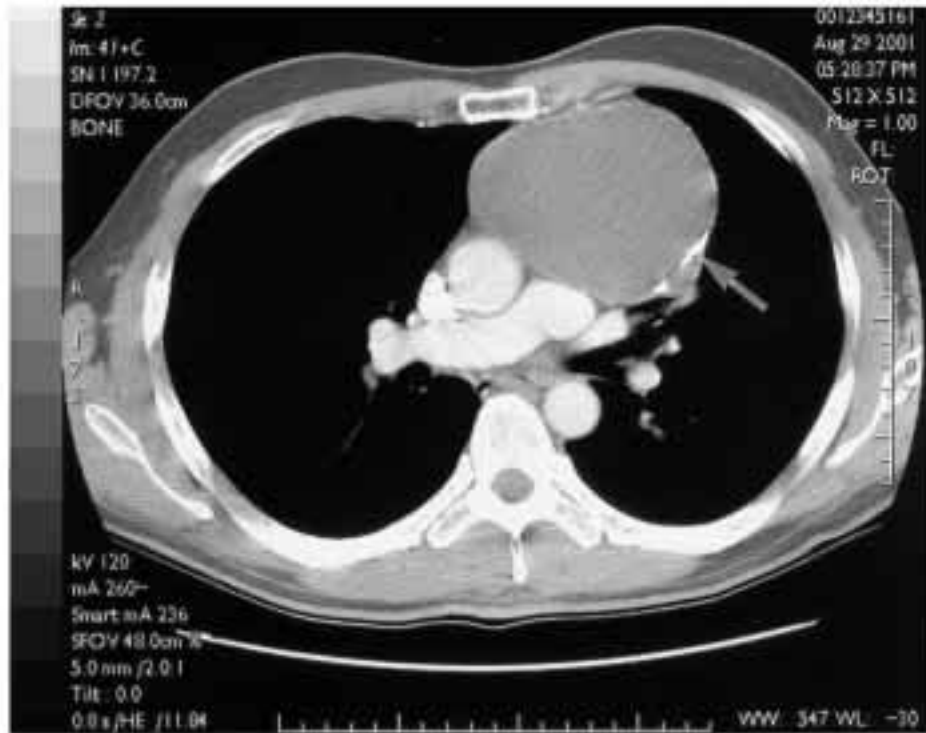


FIGURA 3. TC del torace eseguita con mezzo di contrasto che mostra un addensamento cistico comprimente l'arteria polmonare principale (*sopra*). La massa si estende inferiormente fino all'apice del ventricolo sinistro (*sotto*). Si noti la calcificazione periferica della cisti (indicata dalla freccia).

compressione sul ventricolo destro con emorragia interna spontanea e successivo tamponamento causato dalla rottura della cisti.^{7,8} In letteratura è anche riportato un caso particolarmente raro di erosione parziale della vena cava superiore.⁹

La diagnosi di cisti pericardica può essere confermata contemporaneamente al trattamento chirurgico con toracotomia o videotoracosopia.^{4,10} Ciò rappresenta l'iter diagnostico-terapeutico più accurato.⁵ L'aspirazione del contenuto della cisti è una

procedura sicura, ma aumenta il rischio di anafilassi e di disseminazione nel caso raro di cisti di idatidea. Quando la cisti viene aspirata, vi è generalmente la tendenza alla riproduzione del liquido.⁵ La prognosi a seguito di intervento chirurgico è eccellente, e non è mai stata riportata la trasformazione neoplastica maligna.⁴

BIBLIOGRAFIA

- 1 Rubush JL, Gardner IR, Boyd WL, et al. Mediastinal tumors: review of 186 cases. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1973; 65:216–222
- 2 Oldham HN Jr. Mediastinal tumors and cysts. *Ann Thorac Surg* 1971; 11:246–275
- 3 Seaton D. Diseases of the mediastinum. In: Seaton A, Seaton D, Leitch AG, ed. *Crofton and Douglas's respiratory diseases*. 5th ed. London, UK: Blackwell Science; 2000; 1269–1308
- 4 Feigin DS, Fenoglio JLL, McAllister HA, et al. Pericardial cysts: a radiologic-pathologic correlation and review. *Radiology* 1977; 125:15–20
- 5 Unverferth DV, Wooley CF. The differential diagnosis of paracardiac lesions: pericardial cysts. *Cathet Cardiovasc Diagn* 1979; 5:31–40
- 6 Arthur F, Olak J. Pericardial cyst causing right ventricular outflow tract obstruction. *Ann Thorac Surg* 1997; 63:1147–1148
- 7 Okubo K, Chino M, Fuse J, et al. Life-saving needle aspiration of a cardiac-compressing pericardial cyst. *Am J Cardiol* 2000; 85:521
- 8 Borges AC, Gellert K, Dietel M, et al. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thorac Surg* 1997; 63:845–847
- 9 Mastroberto P, Chello M, Bevacqua E, et al. Pericardial cyst with partial erosion of the superior vena cava: an unusual case. *J Cardiovasc Surg (Torino)* 1996; 37:323–324
- 10 Mouroux J, Pandovani B, Maalouf J, et al. Pleuropericardial cysts: treatment by videothoracoscopy. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 6:403–404