

Quiste bronco genético: Presentación de un caso

Por los Dres.:

LUISA DE ARMAS PÉREZ,¹¹ ARMANDO ALONSO FRADE,^{**} ENRIQUE BARRERAS
MIRANDA¹²

De Armas Pérez, L. et al. *Quiste broncogenético: Presentación de un caso*. Rev Cub Med 14:1,1975

Se presenta un caso de quiste broncogenético del mediastino, diagnosticado preoperatoriamente mediante los hallazgos radiológicos. Se determina que es una entidad nosológica poco común y que, según la versión de la literatura médica, se diagnostica con mayor frecuencia en niños por las manifestaciones de compresión a otros órganos vecinos. Se realizó el tratamiento quirúrgico, como es recomendado en estos casos, lo que no sólo sirvió para la confirmación del diagnóstico clínico, sino que permitió realizar el examen histopatológico de la pieza. La evolución postoperatoria fue favorable.

INTRODUCCION

Los quistes broncogenéticos se presentan como resultado del desarrollo anómalo del esbozo pulmonar, caracterizándose histológicamente por la presencia de casi todos los elementos del bronquio normal.^{1,3,5}

Anatómicamente pueden localizarse en: parte superior del mediastino posterior; en la bifurcación traqueal; en el borde derecho del esófago; y en el hilio pulmonar, que es la observación más frecuente.

Los quistes broncogenéticos pueden tener una forma redondeada u oval, variando su tamaño entre 2 y 10 cm. Pueden ser unilocular o multilocular y su contenido es una sustancia inodora, viscosa o lechosa; en algunas ocasiones el contenido suele ser hemático.

Las diferencias importantes entre los quistes broncogenéticos y los quistes bronquiales están dadas por: en los primeros la localización es mediastinal y generalmente son solitarios, y los segundos son periféricos preferiblemente, pudiendo ser múltiples o solitarios.^{2,5}

Existen diferentes opiniones en cuanto al hecho de si en condiciones normales existe comunicación entre el quiste y el bronquio. Si esto ocurre puede haber infecciones bacterianas de los mismos, con alguna frecuencia.^{2,5,7,10}

Es una entidad nosológica poco frecuente y puede presentarse en cualquier sexo y edad.

En la revisión de los últimos 10 años de nuestra literatura médica, no hemos encontrado caso alguno reportado. En nuestro hospital es el primer caso que se describe.⁶

¹¹ Especialista de 1er. grado en neumología del hospital docente antituberculoso de La Habana "Julio Trigo".

¹² Jefe del departamento de radiología del hospital docente antituberculoso de La Habana "Julio Trigo".

Sintomatología y complicaciones

Solamente una tercera parte produce síntomas en el período neonatal, preferiblemente los que asientan en la bifurcación, ya que suelen producir compresión de tráquea, esófago o bronquios principales. Se dice también que los del lado izquierdo producen síntomas obstructivos más tempranamente debido a la mayor longitud del bronquio principal izquierdo y a la presencia del botón aórtico que impide su crecimiento periférico. El resto pueden cursar asintomáticos y descubrirse por una pesquisa radiológica, o en la necropsia.^{1,2,5,10}

En dependencia de su tamaño pueden producir disnea, disfagia, cianosis, estridor, tiraje, dolor torácico y fatigabilidad.

Las complicaciones más frecuentes son: el enfisema localizado (compresión parcial), atelectasia (compresión total), sangramientos respiratorios, perforación y vaciamiento de su contenido dentro de la cavidad pleural, y las resultantes de la compresión de órganos vecinos.^{1,2,5,10}

Los signos radiológicos más usuales son: presencia de una opacidad redondeada u oval paracardíaca en la radiografía simple PA del tórax, que se proyecta en el mediastino posterior o medio de la radiografía simple lateral.²⁷

En la tomografía y en la broncografía se observa una masa que desplaza los bronquios hacia un lado.

En el esofagograma puede observarse por igual el desplazamiento del mismo y además nos sirve para descartar el quiste esofágico o gastroentérico.

Reporte del caso

R.H.B. Paciente de 43 años de edad, del sexo masculino; ingresó en el hospital "Julio Trigo" el día 20 de julio de 1973. Se trata de un paciente bronquítico crónico, que hace dos meses, con motivo de realizarse el CPET, se le detectó una sombra en el pulmón izquierdo.

Por tal motivo fue ingresado en un hospital donde fue investigado, decidiéndose la intervención quirúrgica con el diagnóstico de una tumoración maligna del pulmón. Fue remitido a este Centro con el fin de realizar el tratamiento quirúrgico. Entre los APP refirió haber padecido casi todas las enfermedades eruptivas de la infancia; bronconeumonía (en una ocasión); bronquitis crónica y alergia a los yoduros. En los APF no ofreció datos de interés.

Al interrogatorio por aparatos refirió: dolor torácico de poca intensidad, sin relación con los movimientos respiratorios y de cuatro años de evolución aproximadamente. Manifestó tener palpitaciones esporádicas y padecer hemorroides. Desde que le comunicaron que tenía una sombra en el pulmón se sintió muy nervioso, anoréxico y comenzó a perder de peso.

El examen físico del paciente fue negativo en todos los aparatos y sistemas.

Exámenes complementarios

Informe de la radiografía simple inicial de tórax PA;

Proceso de condensación en la región paracardíaca izquierda de límites externos muy nítidos, que parece deberse a un proceso infiltrativo. En la radiografía lateral izquierda inicial se informa: proceso de condensación localizado inmediatamente por debajo del hilio izquierdo, de forma irregularmente oval que parece hallarse en relación con una neoformación. El bronquio lobar inferior izquierdo presenta una compresión extrínseca.

Resultado de los exámenes de laboratorio a su ingreso:

Hb.: 14,8 g %; Hto.: 49 vols. %; leucogra. ma: normal; eritrosedimentación: 2 mm; glicemia, urea, serología, orina, heces fecales; negativos; prueba de tuberculina: 0 mm; examen directo del esputo; negativo; coagulograma mínimo; normal; examen directo de la secreción bronquial: negativo con fermentación de *Proteus* al cultivo; el estudio citológico de la secreción bronquial: negativo.

20-7-72: P.J.R.: CV; Es el 110% del VP. CV: cronometrada con flujos del 74% en el 1er. segundo. FEV: 116 l/min., lo que representa el 100% del VP. MMFR: 2,0 l/seg., que representa el 79% del VP.

CONCLUSIONES:

Disfusión obstructiva reversible a los bronco-dilatadores, compatibles con broncoespasmos.

24-7-73: ECG: Se encuentra dentro de límites normales, no contraindicándose el tratamiento quirúrgico.

20-7-73. Broncografía izquierda: Rechazamiento hacia afuera y atrás del bronquio lobar inferior y de sus segmentarios, ocasionado por el tumor mediastinal en su crecimiento expansivo hacia territorio pulmonar adyacente. *Impresión:* Quiste broncogenético del mediastino.

1-S-73: Broncoscopia: Tráquea y carina, normales. Mucosa y entrada de los bronquios, normales.

6-8-73: Tórax simple en OAD: La imagen tumoral se superpone al corazón, señalando su localización en mediastino medio adyacente al corazón.

Tomoografía AP izquierda: En los cortes medios se aprecia la sombra quística mediastinal.

Tomoografía lateral izquierda. Se precisa nítidamente la imagen quística tumoral, y el desplazamiento bronquial lobar y segmentario, siendo más aparente en los cortes más profundos.

7.8-73: Esofagograma: En la vista OAD el contorno posterior de la imagen tumoral comprime extrínsecamente el esófago en su tercio distal. En la vista AP la compresión extrínseca del esófago señala la ubicación mediastinal.

La evolución clínica del paciente fue favorable y sólo refirió nerviosismo. Se mantuvo haciendo ejercicios respiratorios, hasta el día 4 de septiembre que se intervino.

Informe del acto operatorio: Se observa y se palpó una tumoración blanda de aspecto quístico que se insinúa en el hilio hasta ponerse en contacto con el bronquio. Se procede a la extirpación del mismo, que se deja decolar, en esta maniobra.

Se abre y observamos un contenido gelatinoso, espeso y amarillo. Se toma muestra para estudio citológico. Se vacía el saco y se extirpa, así como otro pequeño quiste del tamaño de un garbanzo. Se hace hemostasia cuidadosa, se dejan antibióticos en cavidad y drenajes. Cierre por planos. Accidentes ocurridos: abertura del quiste.

Como complicación posoperatoria hizo una atelectasia del lóbulo inferior derecho, debida posiblemente a retención de secreciones. Se les realizó una broncoscopia y se aspiraron pocas secreciones espesas.

26-9-73: Informe histopatológico de la pieza operatoria: Se recibe una bolsa retraída de 3 cm de diámetro mayor y paredes muy finas. Se observó una pared fibrosa (colágena) con fragmentos de cartílagos hialinos.

28-9-73: Rayos X de tórax simple PA evolutivo: No se observan alteraciones pleuropulmonares.

Su evolución clinicoradiológica posoperatoria fue muy satisfactoria y se egresó asintomático, con muy buen estado general.

COMENTARIOS

La imagen de mayor opacidad, redondeada, de bordes bien definidos, situada en región pericardiaca, en un adulto fumador, que refería dolor torácico, nos hizo plantear como primer diagnóstico la posibilidad de que se tratase de una neoplasia pulmonar. Sin embargo, la imagen hilar con rechazamiento del bronquio lobar inferior izquierdo, aparecida en la tomografía lateral y en la broncografía izquierda, nos hizo reconsiderar y plantear en primer lugar la presencia de un quiste broncogenético de localización hilar; nos fue útil el esofagograma para descartar el quiste entérico.

Otras patologías que se consideraron y descartaron, teniendo en cuenta la localización radiológica y la ausencia de otros síntomas, fueron: tumor teratodermoide, quiste mesotelial, linfomas y el aneurisma arteriovenoso.

La conducta quirúrgica recomendada en estos casos, brindó una gran ayuda al poder realizar la excisión de la lesión con el ulterior estudio histopatológico de la misma y la confirmación del diagnóstico clínico.

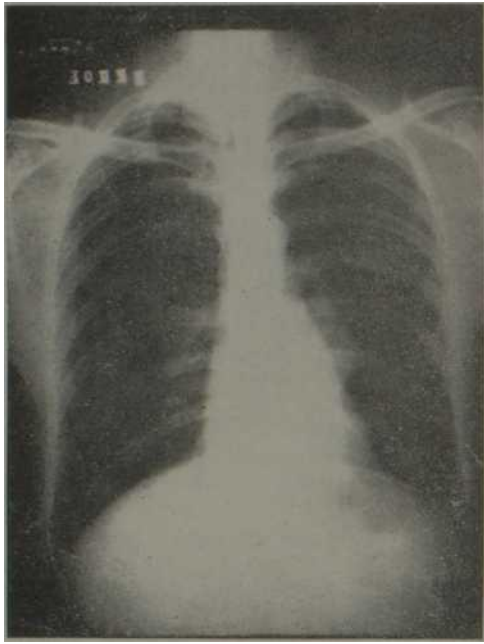


Fig. 1.—Tórax simple PA: Imagen de aspecto tumoral, en región parahiliar izquierda.



Fig. 2.—Tórax lateral izquierdo: La imagen infiltrativa se localiza por debajo del hilio. Ob sérvese la compresión extrínseca del bronquio lobar inferior.

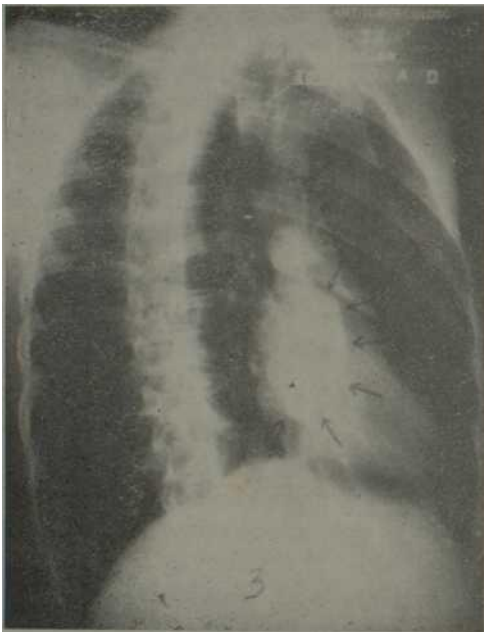


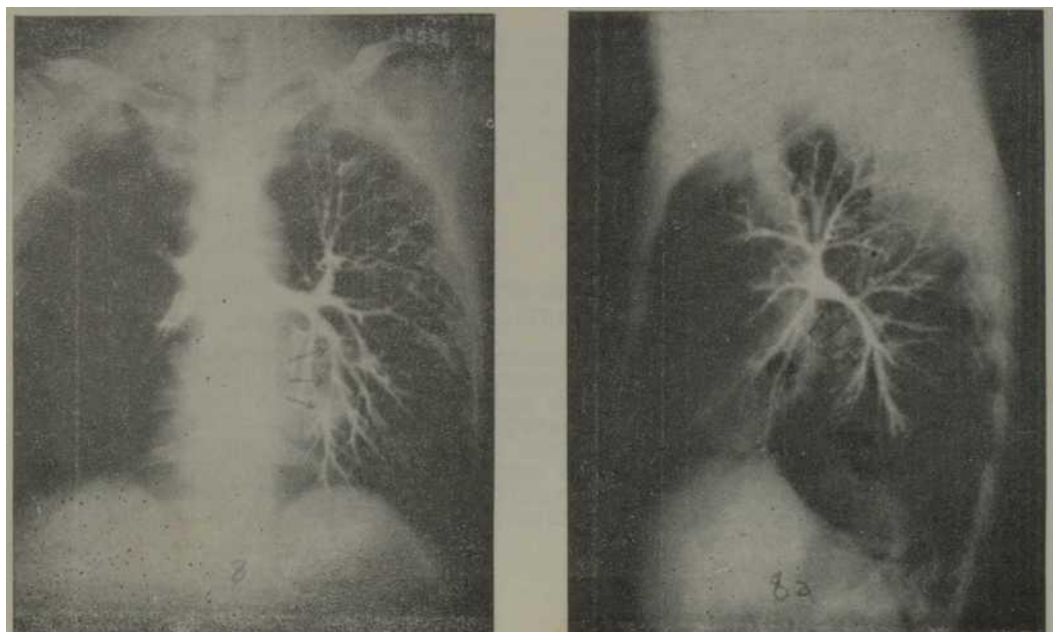
Fig. 3.—Tórax OAD: Pueden observarse los bordes bien definidos de la tumoración y su forma oval. Su localización es en el mediastino medio inferior, superponiéndose a la imagen cardíaca.



Fig. 4.—Esojagograma: Discreta compresión extrínseca del 1/3 medio del esófago.



Figs. 5 y 6.—Tomografía lateral izquierda: Nitidez de la imagen quística inmoral con desplazamiento del bronquio tobar inferior y los segmentarios.



Figs. 7 y 8.—Broncografía izquierda: Rechazamiento hacia afuera y atrás d?l bronquio lobar inferior y sus segmentarios.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Bach, Ch. et al.*: Les kystes bronchogéniques du nouveau-né et de l'enfant. *Rev Strat* 22: 3 Jnav. 1972.
2. —*Blajot, I.* Radiología clínica del tórax. España. Ediciones Toray, 395-425, 1970.
3. —*Fried, B. M.* Tumores de los pulmones y mediastino, led. Barcelona. Ediciones Salvat 408-424, 1961.
4. —*Hinshav, C. II. Carland.* Enfermedades del tórax. Ediciones Instituto del Libro, Cuba 376-392, 1968.
5. —*Lassaletta, L. y col.* Quistes broncogénicos en el niño. *Rev Clin Esp* 127: 3, Nov. 1972.
6. —*MenesesMaña, R.* Comunicación personal.
7. —*Morales, V. M. et al.* Neumol Cir Tórax Mex 25: 155-161, 3, 1964.
8. —*Ntinas Jvaunides, Jr. and L. Iiram.* Mediastinal tumors and cysts in the adult. *Dis Chest* 38: 243, 3, Sep. 1960.
9. —*Rubín, E., M. Rubín.* Enfermedades del tórax. Barcelona. Ediciones Toray 280-302, 1965.
10. —*Salbado Valle, C. et al.* Neumol Cir Tórax Mex 32: 5, 325, 1971.

SUMMARY

De Armas Pérez, L. et al. *Bronchogenic cyst. A report of one case.* *Rev Cub Med* 14: 1. 1975.

A patient with a mediastinal bronchogenic cyst, preoperatively diagnosed by its radiological features, is presented. This is a rare nosological entity and, according to medical literature, is more frequently diagnosed in children by the compression manifestations to other surrounding organs. A surgical treatment, as recommended in these cases, was performed and it not only was useful for confirming the clinical diagnosis, but also enabled a histopathological examination of the sample. Postoperative evolution was satisfactory.

RESUME

De Armas Pérez, L. et al. *Kyste bronchogénétique. Présentation d'un ras.* *Rev Cub Med* 14: 1. 1975.

Les auteurs présentent un cas montrant un kyste bronchogénétique du médiastin, diagnostiqué avant l'opération par les trouvailles radiologiques. C'est une entité nosologique, peu commune et selon la littérature médicale elle est détectée plus facilement chez les enfants par les manifestations de compression aux organes voisins. Le traitement chirurgical tel qu'on le conseille dans ces cas, a servi pour confirmer le diagnostic clinique, et en même temps a permis de réaliser un examen histopathologique de la pièce. L'évolution postopératoire a été favorable.

FE3BME

Ú3 ApMac Ilepec JL., a jip. EpoHxoreHeTmecKaji
rhcts: npeflCTaaneirae oa- Horo Hev Cub
Med 14 s 1, 1975.

úpejicTaBJfleTCfl cjiy^aJí
típouxoreHeTiraecKoro KHCTH cpefllocTeHzs,
jmarHos icoToporo óhji ycTaHOBjieH nocjie
onepanm npn noMom» pajMojioururaecKHx Ha-
x0flOK. ycTaHOBJnmaeTCH, 'ITO flaAHoe
3aóo.neBaHHe HBJweTCH pe^KZM H, co-
cBeaeHHM H3 MejnMKHCKoñ jraTepaiypH,
orae^aeTCfl c jojitinefi nac- **TOTOfi** y **jieTefi**
BBHjy.flBJieHañ flaBJieHaH Ha cpyae
djra3Kne **oprarn. PpoBe- noch** ycTaHQBjieHHoe
b sthx cJiy^aHX XHpypriraecKoe jieneHHe, **hto**
He TOJIB- ko cjiyaumo noiTBepsaeHHem
KjmHiraecKoro jiarH03a, ho k no3BOjmjo ese-
jiaTt rzctoJiorzqecKHñ ocmoTp.
nocjieonepartHOHHú nepaos **npoTeicaJi** Oes
ocjioxhchhS.