



Quiste broncogénico parenquimatoso con segmento supernumerario

Yusbiel José León Valdivies,* Reinaldo Bárbaro Sánchez de la Osa,† Liliana Osés Herrera§

Resumen

Los quistes broncogénicos son un grupo diverso de anomalías congénitas del pulmón que constituyen en múltiples ocasiones hallazgos radiológicos accidentales. Se presenta el caso de una paciente con manifestaciones respiratorias a repetición. Se realizó una radiografía de tórax y se observa imagen cavitada de paredes finas con nivel aéreo en su interior. La paciente fue propuesta a cirugía. Teniendo en cuenta los datos clínicos y los exámenes complementarios, se realizó el diagnóstico de un quiste broncogénico, entidad no frecuente que puede ser la causa —insospechada en múltiples ocasiones— de manifestaciones respiratorias a repetición.

Palabras clave: Enfermedades respiratorias, imágenes cavitadas del pulmón, quiste broncogénico.

Summary

The bronchogenics cysts are a diverse group of congenital anomalies of the lung they constitute many times accidental discoveries in the rays X. The reported case belongs to a patient with breathing manifestations to repetition. In the thorax x-ray was observed a cavity of fine walls with aerial level in its interior. The patient was proposed to surgery. Keeping in mind the clinical data and the complementary exams was carried out the diagnosis of a bronchogenic cyst, entity it doesn't frequent that it can be the cause, unsuspected in several occasions, of breathing manifestations to repetition.

Key words: Breathing illnesses, cavity of the lung, bronchogenics cysts.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones quísticas congénitas del pulmón son heterogéneas, con diferentes características clínicas y patológicas.¹ Los quistes broncogénicos son consecuencia del desprendimiento anormal de un segmento ventral del intestino

primitivo en el primer trimestre de la gestación. Si esta separación ocurre alrededor de la sexta semana de la gestación,² el quiste tiende a permanecer en el mediastino, si ocurre más tardíamente los quistes se desarrollan en la periferia.

Histológicamente los quistes son de paredes delgadas, con epitelio columnar ciliado y relleno de un material mucoide claro conocido como “agua de roca”. La mayoría de ellos suelen ser uniloculares aunque pueden presentar trabeculaciones internas.³ El criterio histopatológico diferencial fundamental es el hallazgo de una membrana de revestimiento epitelial.¹ Según su localización, se clasifican en mediastinales y parenquimatosos. Son generalmente únicos y es raro que se comuniquen con el árbol traqueo-bronquial y la mayoría son asintomáticos en el momento de la presentación.

Los quistes parenquimatosos pueden ser únicos o múltiples e incluso bilaterales, comprometen ambos pulmones con igual frecuencia, localizándose predominantemente en lóbulos inferiores en un 75% de los casos. La comunicación con el árbol traqueobronquial es rara. La mayoría son asintomáticos inicialmente, aunque en el 75 a 95% eventualmente se infectan. En general, son más frecuentes en hombres. Su sintomatología varía de acuerdo con la

* Residente del tercer año de Neumotisiología. Servicio de Neumología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana, Cuba.

† Especialista de primer grado en Imagenología. Servicio de Radiología. Hospital Neumológico Benéfico Jurídico. La Habana, Cuba.

§ Interna de la Especialidad de Estomatología General. Servicio de Medicina Bucal. Hospital “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.

Correspondencia:

Yusbiel José León Valdivies

Correo electrónico: yusbiel@infomed.sld.cu

Aceptado: 28-10-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>

edad de presentación, sitio de localización de la lesión o de sus complicaciones. El tratamiento médico principalmente consiste en antibioticoterapia y drenaje postural, y el tratamiento quirúrgico estándar ha consistido en la extirpación completa del quiste por toracotomía.³

El objetivo de este artículo es propiciar información científica sobre el quiste broncogénico, el cual es relativamente poco frecuente aunque no siempre forme parte del pensamiento médico y en ocasiones se limita a sólo el diagnóstico, por lo que debe conferírsele la importancia requerida a un adecuado interrogatorio y a la utilización adecuada de los medios diagnósticos.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 53 años de edad con antecedentes de salud aparente, que hace tres meses comenzó con manifestaciones respiratorias a repetición, caracterizadas por secreción nasal, tos húmeda y expectoración escasa amarillenta. En repetidas ocasiones acudió al área de salud y fue tratada con antimicrobianos mejorando su estado de salud pero sólo temporalmente. Fue recibida en nuestro hospital con falta de aire a los esfuerzos, tos húmeda y expectoración amarillo verdosa.

Al examen físico, en el aparato respiratorio, las vibraciones vocales estaban disminuidas en el hemitórax izquierdo, el murmullo vesicular disminuido en el campo medio, con roncos y sibilantes diseminado en dicho hemitórax, hallando una frecuencia respiratoria de 20 respiraciones/minuto. Fue valorado por Estomatología donde se informó sólo caries dentales en número de dos que fueron corregidas. El resto del examen físico fue normal. En la radiografía de tórax se observó una imagen redondeada de aproximadamente 5 x 6 cm hacia el campo medio del hemitórax izquierdo de paredes regulares y finas con un nivel aéreo en su interior (*Figura 1*) y en las vistas multiplanales de la tomografía de pulmón una imagen cavitaria de paredes finas con nivel hidroaéreo y tabiques. El quiste pulmonar se encontró infectado. Al realizarle la broncoscopia se objetivó en el árbol bronquial izquierdo un segmento supernumerario en la pared lateral del lóbulo inferior izquierdo; el resto fue normal. La ecografía abdominal también fue normal. La paciente fue intervenida quirúrgicamente con una buena recuperación y se enviaron las piezas a anatomía patológica donde se diagnosticó un quiste broncogénico.

La biometría hemática, hemoquímica y exámenes microbiológicos se anexan en el *cuadro 1*.

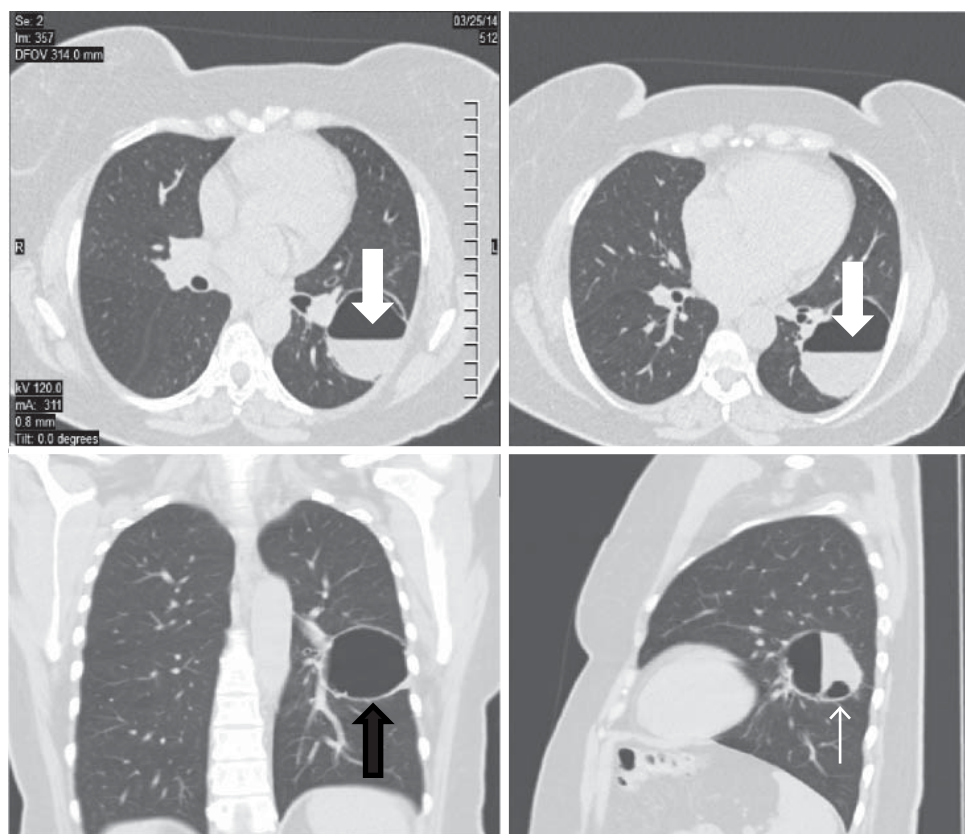


Figura 1.

Se observa imagen cavitada (flecha negra) de paredes finas con nivel hidroaéreo en su interior (flechas blancas) y trabeculaciones (flecha delgada) en su interior.

Cuadro I. Exámenes complementarios.

Hb	113 g/L
Hto	037 vol. %
Leucograma	8.25 x 10 ⁹
Polimorfonucleares	071
Linfocitos	023
Eosinófilos	004
Monocitos	002
Eritro	47 mm/h
T. sangramiento	1 ^{1/2} '
T. coagulación	7'
C. de plaquetas	321 x 10 ⁹
TGP	42 uds
TGO	29 uds
GGT	31 uds
Glicemia	4.2 mmol/L
Creatinina	86 mmol/L
Espudo BAAR I _(D) y (C)	Cod. 0
Espudo citológico	Negativo
Lavado bronquial bacteriológico	Microbiota normal
Lavado bronquial BAAR _(D) y (C)	Cod. 0

DISCUSIÓN

Los quistes broncogénicos son procesos relativamente poco frecuentes cuya incidencia es baja.³ Son tumores benignos, y aunque a veces constituyen un descubrimiento radiológico accidental, pueden originar una gran cantidad de síntomas y complicaciones como hemorragia intraquística, infecciones, perforaciones y degeneración metaplásica.⁴ Un alto por ciento de los quistes asintomáticos llegarán a presentar síntomas durante su evolución.⁵

El diagnóstico debe hacerse siguiendo los pasos del método clínico. A saber, un paciente que presente manifestaciones respiratorias a repetición desde una fecha señalada, que no tenga antecedentes de hábitos tóxicos ni de exposición a sustancias de este tipo, que no tenga antecedentes de enfermedades respiratorias conocidas u otros factores de riesgos predisponentes como enfermedades estomatológicas, mentales, sistémicas o inmunosupresoras y que no responda a tratamientos antibióticos (siempre que estén seleccionados empíricamente de modo acertado e impuesto a dosis y duración correctas),

debe pensarse en un proceso no infeccioso o en una malformación congénita. Con estos elementos han de usarse con mesura los medios diagnósticos; es importante resaltar que la radiografía del tórax es muy informativa, muestra la lesión (o las lesiones si son múltiples), redondeada, de bordes muy bien definidos. La lesión puede estar llena de líquido y aparece entonces como una masa, o estar llena de aire, caso en el cual las paredes del quiste se visualizan muy delgadas y en ocasiones con trabéculas en su interior. Poca información útil es obtenida con estudios diferentes a la radiografía del tórax y la tomografía computarizada o con medio de contraste.

Actualmente se plantea que para los quistes mediastinales la resonancia magnética brindaría una información mayor que las técnicas antes mencionadas. El esofagograma puede ser útil en delinear el quiste mediastinal, sin embargo, agrega poco al diagnóstico. Ocasionalmente una broncoscopia puede ser útil en identificar otras malformaciones del árbol bronquial.

El diagnóstico definitivo se hace teniendo en cuenta el resultado anatomopatológico, pero teniendo en cuenta que no todos los pacientes son operados y que el acceso al quiste para toma de muestra es limitado. El diagnóstico clínico radiológico tiene gran eficacia. El diagnóstico diferencial debe realizarse teniendo en cuenta todas las imágenes cavitadas del pulmón donde se incluyen las neoplasias abscedadas, los abscesos de pulmón, cavidades tuberculosas y las bullas ya sean éstas congénitas o adquiridas.

REFERENCIAS

1. Fuentes-Valdés E, Corona-Mancebo SB, Martín-González MA. Quiste pulmonar congénito gigante asociado a hipoplasia pulmonar. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cubana Cirugía*. 2004; 43 (3-4).
2. Ríos-Zambudio A, Torres-Lanzas J, Roca-Calvo MJ, Galindo-Fernández PJ, Parrilla-Paricio P. Tratamiento quirúrgico de los quistes mediastínicos no neoplásicos. *Cir Esp*. 2002; 72 (4): 216-221.
3. Jiménez-Merchán R, Congregado-Loscertales M, Gallardo-Valera G, Ayarra-Jarne J, Loscertales J. Quiste broncogénico de mediastino. Resección videotoracoscópica en 8 casos. *Arch Bronconeumol*. 2008; 44 (4): 220-223.
4. Bolton JW, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts: what is the best management? *Ann Thorac Surg*. 1992; 53: 1134-1137.
5. Martinod E, Pons F, Azorin J, Mouroux J, Dahan M, Faillon JM et al. Thoracoscopic excision of mediastinal bronchogenic cysts: results in 20 cases. *Ann Thorac Surg*. 2000; 69: 1525-1528.