

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **18**
Volume

Número **3**
Number

Julio-Septiembre **2005**
July-September

Artículo:

Comunicación de dos casos de quiste
broncogénico y revisión de la literatura

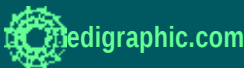
Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Comunicación de dos casos de quiste broncogénico y revisión de la literatura

RICARDO DOMÍNGUEZ FLORES*
GRACIANO CASTILLO ORTEGA*

* Médico adscrito al Departamento de Cirugía del Hospital General del Estado de Sonora. Hermosillo, Sonora. México.
Trabajo recibido: 01-VIII-2005; aceptado: 19-IX-2005.

RESUMEN

Palabras clave: Quiste broncogénico, mediastinal, intraparenquimatoso, radiografía de tórax, tomografía de tórax.
Key words: Bronchogenic cysts, mediastinal, intraparenchymal, chest X-ray, thoracic axial tomography.

El quiste broncogénico es una malformación de la porción ventral del intestino primitivo que ocasiona alteración en el desarrollo del árbol traqueobronquial. Comunicamos dos casos de quistes broncogénicos que se acompañaron de síntomas respiratorios; uno, de localización mediastinal paratraqueal derecha y, el otro, intraparenquimatoso en lóbulo inferior derecho. La radiografía y tomografía de tórax permitieron evaluar la presencia, localización, tamaño y relación de los quistes con las vías aéreas. Ambos pacientes fueron operados sin complicaciones; los síntomas respiratorios desaparecieron. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico.

INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos congénitos son una entidad clínica poco frecuente¹. Se producen por un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el periodo más activo de desarrollo fetal; se deben a restos embrionarios de células epiteliales². Los quistes broncogénicos que comunican con el árbol bronquial suelen ser sintomáticos, ya que con frecuencia se infectan y pueden originar abscesos; el resto de los casos se presentan como hallazgos radiológicos entre la infancia y la juventud³.

La radiografía de tórax y los hallazgos clínicos suelen ser suficientes para el diagnóstico⁴;

ABSTRACT

Bronchogenic cysts are malformations of the ventral portion of the primitive gut that cause an alteration in the development of the tracheobronchial tree. We report two cases of bronchogenic cysts with respiratory symptoms. A 32 year old woman had a mediastinal cyst at the right paratracheal level and the other was an eight month old boy with an intraparenchymal cyst in the right lower lobe. Chest X-rays and CAT scans are mandatory to determine the presence, exact location, size and relationships of the cysts to the larger airways. Both patients were resected without complications and have been asymptomatic. The histopathological study confirmed the diagnosis.

217

la tomografía computada de tórax (TC) torácica y/o la resonancia magnética nuclear (RM) son los estudios de imagen indicados en caso de diagnósticos dudosos. A pesar de alguna controversia, la cirugía es considerada el tratamiento de elección, incluso en pacientes asintomáticos³.

El propósito de este trabajo es comunicar dos casos estudiados en el Hospital General de Sonora, Hermosillo, México.

Presentación del caso 1

Mujer de 32 años; cuatro meses antes presentó tos con expectoración verde que cedió con antibióticos en dos semanas; las radiografías

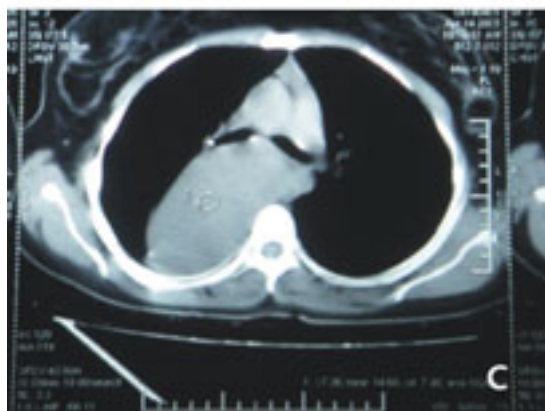
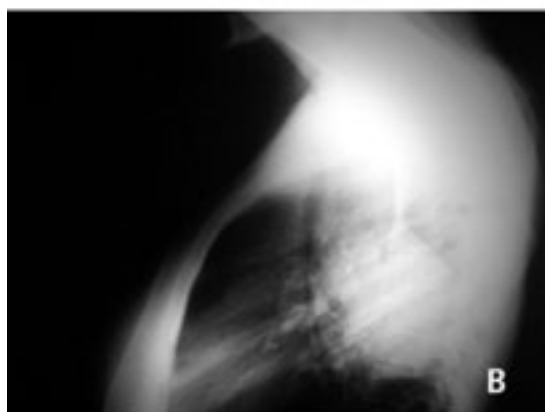


Figura 1. A). Tele de tórax; tumoración hiliar y parahiliar derecha de aproximadamente 7x8 cm, que no hace signo de la silueta, ovoide, bien delimitada. **B)** Lateral de tórax, ubica la tumoración en mediastino posterior. **C)** TC; se observa su relación con la carina y ambos bronquios principales; su densidad es de líquido. No hay adenomegalias.

de tórax mostraron tumoración posterior en hemitórax derecho que se confirmó por TC (Figura 1).

Se realizó toracotomía posterolateral derecha, encontrando un quiste de paredes cartilaginosas, duras, poco vascularizado, contenido mucoso espeso café oscuro, mediastinal, naciendo aparentemente de la carina traqueal, en contacto con ambos bronquios, y que penetraba al hemitórax izquierdo en un trayecto de aproximadamente 5 cm. Se resecó en su totalidad, sin complicaciones y egresó del hospital dos días después; se le encontró en buenas condiciones tres semanas después (Figura 2).

Presentación del caso 2

Lactante masculino de ocho meses con cuadros infecciosos respiratorios repetitivos desde el segundo mes; el último ameritó ingreso al hospital por insuficiencia respiratoria y secreciones bronquiales amarillentas abundantes. Se le tomó radiografía de tórax PA en la que se observó imagen radiolúcida, bien circunscrita, ovoide, que ocupaba el 50% de la cavidad torácica, predominantemente inferior, con moderado desplazamiento del mediastino hacia el lado izquierdo (Figura 3A). Se practicó toracotomía posterolateral derecha, encontrándose lóbulo inferior muy aumentado de volumen, el cual fue resecado sin complicaciones (Figura 3B). Egresó al tercer día posoperatorio y seguía en buenas condiciones siete días después. Patología reportó quiste broncogénico intraparenquimatoso.

DISCUSIÓN

Los quistes broncogénicos congénitos son debidos a una alteración embriológica de la división del intestino anterior primitivo entre los días 26° al 40° de vida intrauterina¹. El desarrollo embriológico del pulmón ocurre del centro a la periferia, y por eso pueden ser centrales o mediastinales, más tempranos en el desarrollo embriológico, y pulmonares o periféricos. Ambos tipos están revestidos de epitelio respiratorio ciliado mucosecretor y, aunque generalmente están situados en la proximidad del árbol bron-

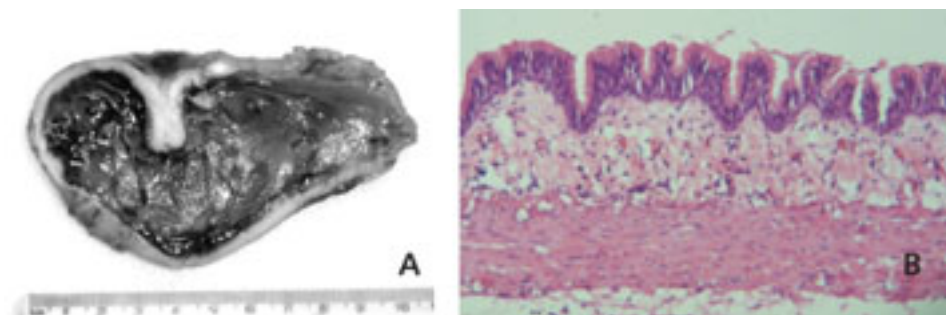


Figura 2. A). Corte longitudinal del quiste; nótese la pared cartilaginosa y restos del contenido mucoso. **B)** Pared de quiste revestida por epitelio cilíndrico respiratorio, tejido conectivo y fibras musculares en el resto de la pared.

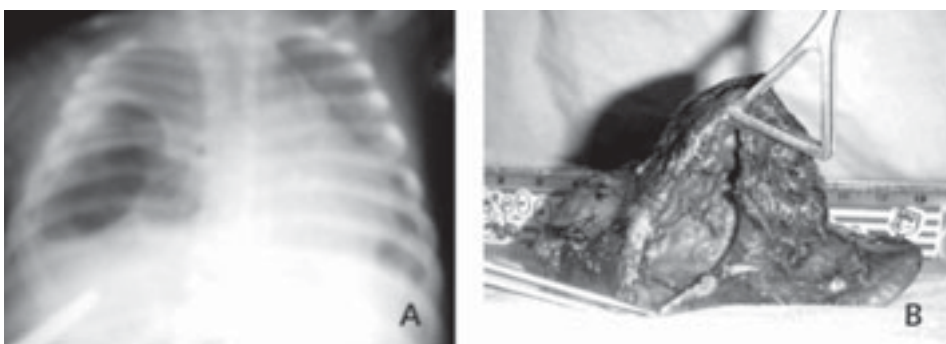


Figura 3. A) PA de tórax; hiperclaridad derecha de límites precisos con desplazamiento mediastinal. **B)** Lóbulo inferior derecho resecado; el quiste está abierto, su base es inferior y el ápex es superior hacia la pinza.

quial, no tienen comunicación con él². No tienen predilección por sexo ni raza, pero más del 50% ocurren en pacientes mayores de 15 años y se han descrito más frecuentemente en hombres naturales de Yemen². Su incidencia varía desde el 1/42.000 al 1/63.000 ingresos hospitalarios¹.

Casi siempre son asintomáticos y se descubren accidentalmente al realizar radiografías de tórax³. Los quistes mediastinales pueden producir insuficiencia respiratoria por compresión y los pulmonares tener comunicación con el árbol bronquial e infectarse al igual que en nuestro segundo enfermo; puede haber también sangrado respiratorio². El cuadro infeccioso del primer caso pudo haber sido intercurrente, sin relación con el quiste o ser favorecido por su presencia.

Los quistes parenquimatosos se localizan con mayor frecuencia en el lóbulo inferior derecho,

36%, y generalmente contienen aire; otras localizaciones, poco usuales, incluyen pericardio, cavidad abdominal, cuello, nasofaringe y tejido celular subcutáneo⁵⁻¹⁰.

El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones incluye tumores neurales, linfomas, teratomas, hamartomas, granulomas, adenopatías, metástasis, eritropoyesis extramedular y secuestro pulmonar intra y extralobar^{1,4-6,9,10}.

En Estados Unidos, los quistes broncogénicos representan 6 al 15% de las masas mediastinales primarias. La serie de Ribet⁴ que incluye 45 adultos y 24 casos pediátricos estudiados en un periodo de 25 años en la Universidad de Lille, Francia, reportó una morbilidad posoperatoria de 13.4%.

Si bien en nuestro país hay pocas publicaciones acerca de esta patología^{1,7-9}, el hecho de que en el último año observáramos dos casos,

habla de que posiblemente la incidencia de esta patología sea mayor de lo que suponemos. Dado que la cirugía resuelve el problema clínico al 100%, consideramos que debe ser el tratamiento de elección antes de que se presenten complicaciones.

REFERENCIAS

1. **Bueno JC, Santana CD, Díaz RE, López SO, Bermejo IAM, Bureo DP, et al.** *Quiste broncogénico de localización atípica.* An Med Interna 1995;12:280-282.
2. **Defosse SM, DeLuca SA.** *Bronchogenic cysts.* Am Fam Physician 1989;39:129-132.
3. **Buckner CB, Walker CW, Shah HR, Fitzrandolph RL.** *Bronchogenic cysts.* Am Fam Physician 1989;40:167-172.
4. **Ribet ME, Copin MC, Gosselin BH.** *Bronchogenic cysts of the lung.* Ann Thorac Surg 1996;61:1636-1640.
5. **Al-Aylé N, Guilment D.** *Kyste bronchogénique simulant un anéurisme traumatique de l'aorte.* Arch Mal Coeur Vaiss 1997;90:1321-1323.
6. **Cuypers P, de Leyn P, Cappelle L, Verougstraete L, Demedts M, Deneffe G.** *Bronchogenic cysts: a review of 20 cases.* Eur J Cardiothorac Surg 1996;10:393-396.
7. **Salcedo CM, Alva LLF, Sotelo RR, Peña MES, Lule MMS, Falcón SV.** *Quiste broncogénico: reporte de dos casos y revisión de la literatura.* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2004;17:35-41.
8. **Medina MF, Echegoyen CR, Chavarría GJ, Morales FJ, Hernández GE, Barrera RR.** *Quiste broncogénico. Caso clínico.* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 1995;8:236-239.
9. **Guzmán R, García M, Hernández C.** *Quiste broncogénico en la nasofaringe. Reporte de un caso y revisión de la literatura.* Rev Mex Ped 2000;67:227-230.
10. **Barsotti P, Chatzimichalis A, Massard G, Wihlm JM.** *Cervical bronchogenic cyst mimicking thyroid adenoma.* Eur J Cardiothorac Surg 1998;13:612-614.

Correspondencia:

Dr. Ricardo Domínguez Flores.
Departamento de Cirugía del Hospital
General del Estado de Sonora,
Hermosillo, Sonora. México.
e-mail: ridoflo@hotmail.com