

Quiste Broncogénico

Estudio de 11 casos

F. FRANCO, M.D., O. JARAMILLO, M.D., V. SANTACOLOMA, M.D., J. RAMIREZ, M.D.

Palabras Claves: Quiste broncogénico, Masas quísticas, Masas sólidas, Mediastino, Parénquima pulmonar, Cirugía, Benignidad.

Se realizó un estudio retrospectivo de 11 casos de quiste broncogénico, diagnosticados en el Departamento de Cirugía del Hospital General Universitario Santa Sofía de Manizales, entre los años 1959 y 1986.

Todos los casos se comprobaron por estudio anatomopatológico después de resección quirúrgica. Se encontró más frecuentemente en hombres que en mujeres. Su presentación clínica es inespecífica. Se localizó más frecuentemente en áreas parenquimatosas pulmonares que en el mediastino. Se muestran los hallazgos radiológicos, los procedimientos quirúrgicos efectuados y las complicaciones post-operatorias. Todos los quistes fueron benignos en esta serie.

INTRODUCCION

Los quistes broncogénicos constituyen el 10% de las masas mediastinales en niños; se desarrollan a partir del brote pulmonar embrionario antes del desarrollo de los bronquios y en consecuencia, rara vez se comunican con el árbol bronquial (2). En general son uniloculares y están tapizados por epitelio respiratorio; se hallan rodeados por cantidades variables de tejido mesenquimatoso, incluyendo músculo liso y cartílago. Más comúnmente los quistes broncogénicos se localizan en el nivel de la carina (13), intraparenquimatosos (22), parahiliares o subcarinales (22), en el mediastino superior (11, 26), retrotraqueales (18), en el mediastino posterior (4), pleurodiafragmáticos (19), y más raramente en otras localizaciones atípicas, tales como la región supraclavicular (5), la intramedular dorsal (6), el esófago intramural (11), el tejido celular subcutáneo supraesternal (28), el retroperitoneo (29), o bien, la zona cutánea supraescapular (32). Se informa una frecuencia mayor en el hemitórax derecho, y en los hombres que en las mujeres. Su tamaño varía entre 1 y 20 cms. de diámetro. Debido a su cercana re-

lación embriológica, los quistes broncogénicos a menudo son difíciles de diferenciar de otras anomalías que afectan el intestino anterior (15, 24) como su duplicación, los quistes esofágicos o el secuestro pulmonar, que están tapizados por epitelio escamoso o endodérmico (25). De hecho, los quistes broncogénicos pueden localizarse en la propia pared esofágica (11) y la presencia de epitelio respiratorio es el único hallazgo importante para aclarar la verdadera etiología.

Si son pequeños, los quistes broncogénicos pueden ser asintomáticos (13); sin embargo, en el recién nacido la clínica es la de una obstrucción de las vías aéreas: disnea, estridor y sibilancias, a menudo episódicas que empeoran con el llanto o la alimentación (14, 25, 27). En el niño mayor o en el adulto, la infección pulmonar recurrente debido a obstrucción bronquial parcial, es la presentación clínica usual (17, 27). Las infecciones pueden ocurrir en el propio quiste, incluso sin una comunicación bronquial evidente. Se registran síntomas y cambios electrocardiográficos que simulan enfermedad cardíaca isquémica: precordialgia, palpitaciones, disnea, cambios en el segmento ST y en la onda T (9, 20 27). También se pueden presentar trombosis u obstrucción de la vena cava superior y pericarditis recurrente, como complicación del quiste broncogénico (3, 10). Rara vez se percibe un soplo de flujo pulmonar, secundario a estenosis de la arteria por compresión extrínseca (7, 33). Cuando los quistes son grandes pueden ser visibles en la radiografía de tórax como una masa mediastinal (27). Sin embargo, más del 50% de los quistes son de difícil visualización radiológica (18, 27). Los Rx muestran, a veces, niveles hidroaéreos (16, 25, 31, 32). Ocasionalmente, se encuentran áreas de metaplasia o cambios histopatológicos que revelan malignidad haciendo parte de la pared del quiste o del tejido que la forma (21, 30).

El tratamiento de elección para los quistes broncogénicos infectados o no, es quirúrgico (1, 5, 8, 12, 13, 25).

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 11 casos de quiste broncogénico, basados en los datos de las historias clínicas de un número igual de pacientes del Departamento de Cirugía del Hospital General Universitario Santa Sofía de la ciudad de Manizales, durante el tiempo comprendido entre los años 1959 y 1986; se in-

Doctores: Fabio Franco, Jefe del Dpto. de Cirugía, Hosp. Santa Sofía; Oscar Jaramillo, Dpto. de Cirugía, Hosp. Santa Sofía; Victoria Santacoloma, Residente de Pediatría, Hosp. Infantil de la Cruz Roja; Jairo Ramírez, Residente de Cirugía General, Hosp. Univ. de Caldas; Facultad de Medicina, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

cluyeron los pacientes a quienes por estudio de anatomía patológica se les confirmó el diagnóstico. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de consulta, evolución, antecedentes respiratorios, hallazgos al examen físico, radiografía del tórax, broncograma, tipo de cirugía, hallazgos quirúrgicos, resultados de los estudios anatomopatológicos y complicaciones postoperatorias inmediatas.

RESULTADOS

En general, los pacientes ingresaron con diagnóstico diferente al de quiste broncogénico (Tabla 1). Tales diagnósticos incluían: tuberculosis pulmonar, neumonía, masa o nódulo pulmonar, anomalía congénita (quiste, secuestro pulmonar, enfisema lobar congénito, neumotocele, masa mediastinal). La edad de los pacientes osciló entre los 15 meses y los 25 años; 6 de los 11 casos (54.5%) se presentaron en mujeres 5 casos (45.5%) en hombres.

Tabla 1. Diagnósticos de ingreso.

Diagnósticos de Ingreso	No. de Casos	%
Tuberculosis	3	27
Masa, nódulo pulmonar	1	9
Masa mediastinal	1	9
Neumonía	1	9
Anomalía congénita	5	46
Total	11	100

Sólo 2 de los pacientes presentaron síntomas respiratorios previos durante la infancia. La mayoría eran sintomáticos en el momento del ingreso, y la evolución del cuadro clínico era de 20 días a 4 años. Los principales síntomas fueron: tos, expectoración, dolor costal, anorexia, astenia, pérdida de peso, fiebre, hemoptisis, disfagia y disnea. El examen físico sólo reveló signos en 4 casos (36%).

Los hallazgos radiológicos y su localización torácica se muestran en las Tablas 2 y 3, e incluyen: masa, en 6 casos (54%) (Fig. 1); lesión quística, 4 casos (37%) (Fig. 2), imagen hidroáerea, 1 caso (9%).

Tabla 2. Hallazgos radiológicos.

Imagen radiológica	No. de Casos	%
Masa	6	55
Lesión quística	4	36
Imagen hidro-áerea	1	9
Total	11	100

Tabla 3. Localización radiológica.

Localización Rx.	No. de Casos	%
Hemitórax derecho	6	55
Mediastino	2	18
Hemitórax izquierdo	3	27
Total	11	100

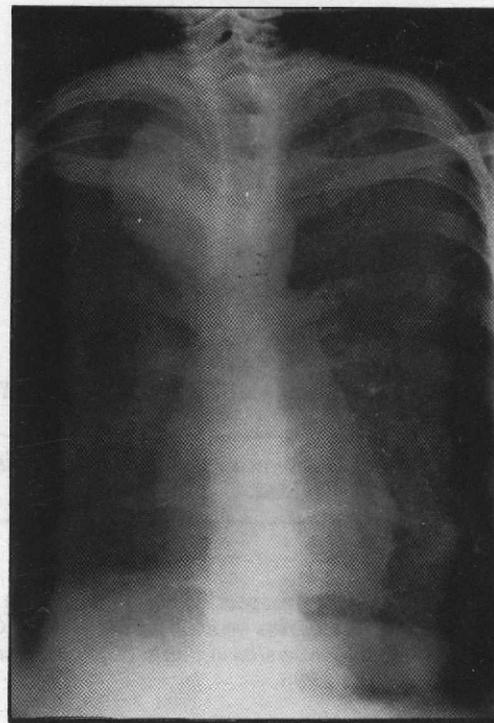


Fig. 1. Rx de tórax. Muestra un quiste broncogénico con aspecto de masa, localizado en el mediastino.

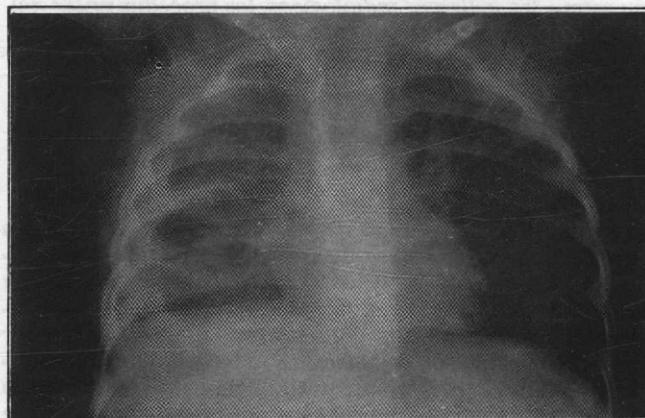


Fig. 2. Rx. de tórax. Muestra una lesión de aspecto quístico que corresponde a un quiste broncogénico.

La broncoscopia y el broncograma se practicaron en 6 casos. En 1 de ellos se encontró lesión de contenido aéreo en el lóbulo superior derecho con rechazo de los bronquios lobares medio e inferior (Fig. 3); en otro, una lesión similar comprometía los segmentos basales derechos. En los demás casos el broncograma no fue de ayuda diagnóstica.

Los 11 pacientes fueron llevados a cirugía. Se les practicó resección del quiste a 5 de ellos (45.5%); lobectomía a 6 (54.5%), así: inferior derecha, a 3 pacientes; inferior izquierda, a 2; y superior derecha a 1.

Todas las piezas quirúrgicas fueron estudiadas por anatomía patológica donde se comprobó el diagnóstico por la presen-

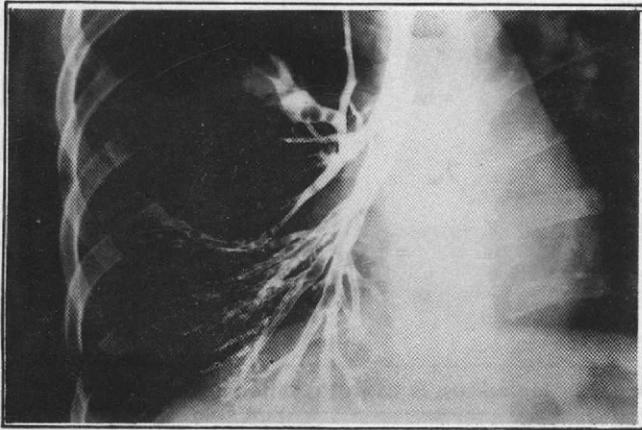


Fig. 3. Broncograma correspondiente al paciente de la Fig. 2.

cia de epitelio respiratorio que tapizaba el interior del quiste. No hubo metaplasia o signos de malignización. La única complicación postoperatoria fue una infección con dehiscencia de la sutura de la piel.

DISCUSION

El cuadro clínico del quiste bronco genico es inespecifico. A diferencia de lo encontrado por otros autores fue más frecuente en mujeres que en hombres (1.2:1). El diagnósti-

co puede efectuarse a cualquier edad dado que cursa asintomático por largos períodos de tiempo. La radiografía del tórax y el broncograma permiten sospechar el diagnóstico y precisar el área anatómica comprometida pero sólo la comprobación patológica asegura el diagnóstico. La localización más frecuente es el lado derecho y se encontró con más frecuencia en áreas parenquimatosas que en el mediastino. Las complicaciones postoperatorias fueron mínimas y de poca gravedad. El quiste bronco genico es una anomalía congénita benigna en el 100% de los casos.

El presente artículo pretende llamar la atención sobre la posibilidad diagnóstica de quiste bronco genico en todo paciente, niño o adulto, con una masa o imagen quística o hidroaérea de localización mediastínica o parenquimato sa.

ABSTRACT

Eleven patients with bronchogenic cysts were retrospectively studied in the Department of Surgery of the Santa Sofia General University Hospital of Manizales, Colombia, between 1959 and 1986.

Diagnosis was confirmed by histologic study following surgical resection; bronchogenic cysts were more prevalent in women than in men. Clinical presentation was nonspecific. Localization was most frequent in the lung parenchyma than in the mediastinum. Roentgenographic findings, surgical procedures performed, and postoperative complications, are discussed. All cyst were benign.

BIBLIOGRAFIA

1. Ackerman, 1974. Comunicación Personal.
2. ALLAIN O.; MONTAGNE J.P.; BALQUET P.; BAUNDAIN P.; Radiologic manifestations of bronchogenic cysts of the carina in children. Apropos of 5 cases. Arch. Fr. Pediatr. (39(10): 803-6. Dec 1982.
3. BANKOFF M.S.; DALY B.D.; JHONSON H.A.; CARTER R.L.; Bronchogenic cyst causing superior vena cava obstruction: CT appearance, J. Comput. Assist. Tomogr. 9(5): 951-2. Sept. Oct. 1985.
4. DAHMASH. N.S.; CHEN J.T.; RAXIN C.E.; REED J.C.; PRATT P.C.; Unusual radiologic manifestations on bronchogenic cyst. South Medical Journal. 77 (6): 762-4. Jun 1984.
5. DUBOIS P.; BELLANGER R.; WELLINGTON J.L.; Bronchogenic cyst presenting as a supraclavicular mass. Can. Journal of Surgery. 24(5): 530-1. Sep. 1981.
6. DÜTHEL R.; BRUNAN J.; MICHEL D.; BOUCHERON S.; Intramedullary bronchogenic cyst. Apropos of 1 case. Discussion of the endoectodermal adhesion syndrome. Neurochirurgie. 29(2): 155-60. 1983.
7. FOGER G.M. Jr; LEWIS J.W.; Cardiovascular findings with bronchogenic cyst. Angiology 32(1):29-33. Jan 1981.
8. FRASSER R.G.; PARE J.A.; Diagnóstico de las enfermedades del tórax. Salvat. Mallorca. 1973, pp 541-5.
9. FUJITA M.; TOSAKA M.; AMEMIYA K.; SUZUKI S.; KASANUKI H.A.; A case with bronchogenic cyst diagnosed by reconstruction CT prior to surgery which showed cardiac abnormalities. Heart Vessels 1 (1):51-5. Feb 1985.
10. GAYET C. et al.: Superior vena cava thrombosis and recurrent pericarditis caused by a bronchogenic cyst. Otolaryngology. Head Neck Surgery. 92(1): 109-14. Feb 1984.
11. GOSSOT D.; DE NAPOLI S.; SARFATI E.; CELERIER M.; Intramural cyst of the esophagus. Apropos of a surgical case. J. Chir. (Paris). 123(6-7): 399-401. Jun. Jul. 1986.
12. HARDY, JAMES D. CIRUGIA. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires. 1985. pp. 1165-6.
13. HURWITZ A.C.; SELVAJE Jr.; ORBERTON E.A.; Enfisema lobar hipertrófico secundario a quiste paratraqueal en un niño. J. Thoracic Cardio. Surg. 51(2): 412-3. 1986.
14. ICHIKAWA T.; YOKOYAMA T.: A case report of bronchogenic cyst in an infant causing acute respiratory distress. Hiroshima. J. Med. Sci. 34(1): 39-42. March 1985.
15. JAMART J.; BIOSSEL P.; GROSSE-DIER J.: Esophageal intramural bronchogenic cyst. Acta Chir. Belg. 82(4): 411-15, July. Aug. 1982.
16. JONES J.C. et al.: Quiste pulmonar congénito en jóvenes y niños. Ann. Thorac. Surg. 3:297. 1967.
17. KLAPER J.H.; SCHERMAN J. M.: Nontypable Haemophilus Influenzae infection of a congenital bronchogenic cyst. J. Fla. Med. Assoc. 73(6): 454-5. Jun. 1986.
18. LEBECQUE P.; LAPIERRE J.G.; SIMARD P.; SPIER S.; LAMARRE A.: Bronchogenic cyst of the mediastinum in children. Apropos of 14 cases. Arch Fr. Pediatr. 42(9):753-7. Nov. 1985.
19. LETANCHE G.; BOYER J.; GUIBERT B.; MAISONNEUVE M.; BERNER J.P. TPURAIN R.: Bronchogenic cyst and their atypical localizations. A case of pleuro-diafragmatic cysts. Rev. Pneumol. Clin. 40(3):191-5. 1984.
20. MCGYNN, T.J. Jr.; BURNSIDE J.W.; GATENBY R.A.; Symptomatic abdominal bronchogenic cyst mimicking acute ischemic heart disease. Heart Lung 10(1): 109-111. Jan. Feb. 1981.
21. MIRRALLES LOZANO F.; GONZALEZ MARTINEZ B.; LUNA MORE S.; VALENCIA RODRIGUEZ A.: Carcinoma arising in a calcified bronchogenic cyst. Respiration 42(31):135-7 1981.
22. OFOEGBU R. D.: Intraparenchymal bronchogenic cysts in adults. Torac. Cardiovasc. Surg. 30(5): 298-301. Oct. 1982.
23. RIQUET M.; CHOUBRAC P.; MOLINIER H.; CARNOT F.; DEBESSE B.: Cervical tracheogenic air cyst. Apropos of 2 cases. Rev. Pneumol. Clin. 41(3): 157-62. 1985.
24. RODGERS B. M.; HARTMAN P.K.; JOHSON A. M.: Bronchopulmonary foregut malformations. The spectrum of anomalies. Ann. Surg. 203(5):517-524, May. 1986.
25. SABINSTON D. C.; SPENCER F. C.; GIBBON'S SURGERY OF CHEST. M. B. Saunders Company. Phyladelphia. 1983. 4a. Edición. pp 681-4.
26. SARAJLIC M.; DURST-ZIKKOVIC B.; OSVALD M.; AGBABA M.; KREKMAN L.; PAVLOVIC V.; BRUK M.: Bronchogenic cysts of the upper mediastinum. ROFO 143(3):275-9. Sep. 1985.
27. SNYDER M. E.; LUCK S.R.; HERMANDEZ R.: Diagnostic dilemmas of mediastinal cysts. J. Pediatr. Surg. 20 (6):810-815. Dec. 1985.
28. SOHOEL P.; BLOM P.; MAIR I. W.: Subcutaneous bronchogenic anomalies. Ann. Otol. Rhinolaryngol. 89(ipti): 75-7. Jan. Feb. 1980.
29. SUMIYOSHI K.; SHIMISU S.; ENJOJI M.; IWASHITA A.; KAMAKAMI K.: Bronchogenic cyst in the abdomen. Virchows Arch. (408) (1) 93-8. 1985.
30. TANAKA M.; SHIMOKAMA R.; MATSUBARA O.: Mucoepidermoid carcinoma of the thymic region. Acta Pathol. Jpn. 32(4):703-12. Jul. 1982.
31. TOULOUKIAN R.J.: Air filled bronchogenic cyst as a cervical mass in the newborn. Journal of Pediatric Surgery. 17(3):311-12. Jun. 1982.
32. BANDER PUTE S.C.; TOONSTRA J.: Cutaneous bronchogenic cyst. J. Cutan. Pathol. 12(5):404-9. Oct. 1985.
33. MATTS W. J.; ROTMAN H.H.; PATTEN G.A.: Pulmonary artery compression by a bronchogenic cysts simulating congenital pulmonary artery stenosis. An. J. Cardiol. 53(2): 347-8. Jun. 1984.