
Quiste Broncogénico Gigante

Giant Bronchogenic Cyst

**Dr. Jose Gerardo Godov Murillo*

RESUMEN: Se presenta el caso de un recién nacido femenino con cuadro de insuficiencia respiratoria desde el nacimiento y con carácter progresivo. La Radiografía de Tórax y la tomografía axial computarizada (TAC) confirman la presencia de una tumoración gigante ocupando la totalidad del hemitorax derecho. Se realizó toracotomía de emergencia encontrando una tumoración sólida gigante dependiente del lóbulo medio; se realizó lobectomía de ese lóbulo y la evolución postoperatoria ha sido admirable. El reporte de anatomía patológica fue de quiste broncogénico de tipo parenquimatoso. Este es el primer caso de este tipo reportado en la Literatura Nacional; existe un artículo previo pero se trata de la variante Mediastinal.

PALABRAS CLAVE: *Quiste Broncogénico, tumoración mediastinal, síndrome de insuficiencia respiratoria en recién nacidos.*

SUMMARY: We report a case of a female newborn of one day of age with progressive respiratory distress syndrome. Chest X Ray and TAC suggest the presence of a solid mediastinal tumor of huge dimensions in the right hemitorax. During the thoracotomy we find a giant tumor arising from the "Right" middle lobe. The surgical treatment

was lobectomy of, the affected lobe and the post-surgical follow up was remarkable. The pathology report was a giant parenchymatous —bronchogenic cyst.

In the national literature we have a previous report of a mediastinal bronchogenic cyst; this is the first case of this type.

KEY WORDS: *Bronchogenic cyst. Mediastinal tumor, Respiratory distress syndrome in newborns.*

INTRODUCCIÓN

Existen varias entidades congénitas que en Cirugía neonatal algunos autores ^(1A3) han etiquetado como condiciones o enfermedades congénitas de tipo quístico: El quiste broncogénico, enfermedad adenomatoidea quística pulmonar y el secuestro pulmonar intralobar.

La patología congénita pulmonar es rara pero; este grupo de enfermedades representan un 33% de los casos ⁽⁴⁾.

El quiste broncogénico es una lesión congénita que se origina cuando algún grupo de células o primordios bronquiales durante una etapa muy temprana del desarrollo pulmonar queda aislada produciendo así una masa de tejido pulmonar no funcional ^(4,6).

Si esta masa de tejido afuncional se forma a nivel de la carina o de los Bronquios principales se le denomina quiste broncogénico mediastinal, central o hiliar. Si se origina en el árbol Traqueo bronquial distal se le llama quiste broncogénico parenquimatoso o periférico⁽⁷⁾.

En centros hospitalarios de concentración se informan únicamente 1 o 2 casos por año; lo cual nos da una idea de lo inusual de esta patología⁽⁴⁾.

Los quistes broncogénicos parenquimatosos son mas frecuentes con un 70% de los casos, pueden ser múltiples y de dimensiones importantes; con frecuencia suelen comunicar con el árbol traqueobronquial y por esto generalmente dan síntomas mas temprano^(7,8) los de localización mediastinal son únicos, de menor tamaño y casi nunca comunican con el árbol traqueobronquial; representan el 30% de los casos.^(7,8)

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO.

G.M.R. Sexo Femenino, procedencia Francisco Moraz'an. Sin antecedentes peri natales patológicos importantes.

Parto atendido en el Hospital Materno Infantil, Eutocico, de término, peso al nacer 2800 gramos, Apgar de 5 y 7 a 1 y 5 minutos respectivamente, no evidencia de polihidramnios ni sufrimiento fetal. Presenta dificultad respiratoria desde el nacimiento de tipo moderado por lo cual se coloca en incubadora con FI02 40%. La Radiografía de Tórax muestra una tumoración enorme que ocupa todo el hemitórax derecho y que desplaza el mediastino contralateralmente además provoca descenso del hemidiafragma derecho (Figura No.1), se realiza T.A.C. de urgencia el cual confirma la presencia de Tumoración sólida gigante con Atelectasia total del pulmón derecho y parcial del pulmón izquierdo (Figura No.2). A las 8 horas de vida y ante el empeoramiento de su dificultad respiratoria se intuba y se realiza toracotomía exploradora de urgencia en Hemitórax derecho. Ya en la cavidad pleural se procede a liberar digitalmente el tumor de estructuras vecinas logrando eviscerarlo a través de la toracotomía (figura No. 3) con lo cual mejora de inmediato la saturación de oxígeno de 60% hasta 100%. Se observa que la tumoración es dependiente del lóbulo medio por

Figura No. 1
Radiografía de Tórax.
Tumoración gigante en hemitórax derecho que desplaza traquea y mediastino contralateralmente.

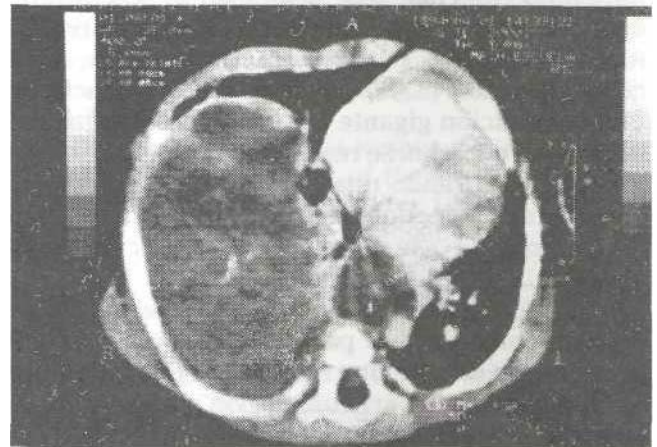
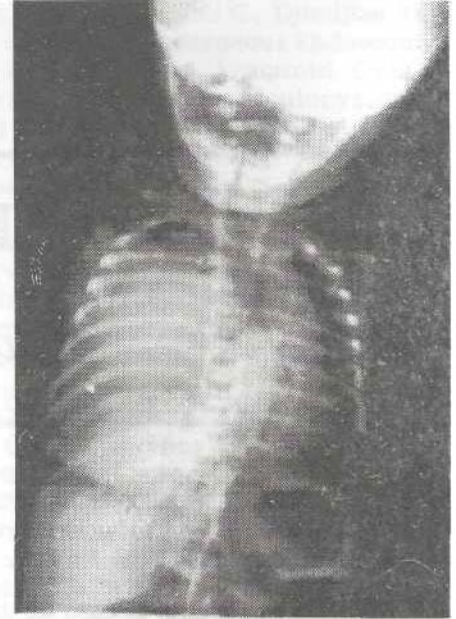


Figura No. 2 T.A.C., confirma la presencia de tumoración homogénea que ocupa todo el hemitórax derecho, desplaza la traquea y comprime por completo el bronquio derecho.



Figura No. 3 Fotografía transoperatoria que muestra la tumoración de gran tamaño eviscerada a través de la toracotomía.

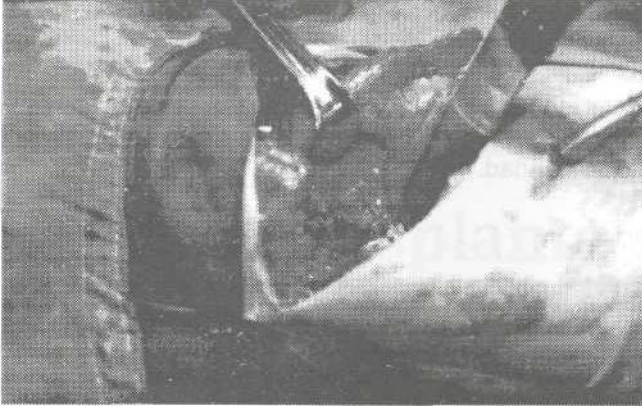


Figura No. 4 Se ha completado la resección del lóbulo medio. Hay adecuada reexpansión de los lóbulos adyacentes.

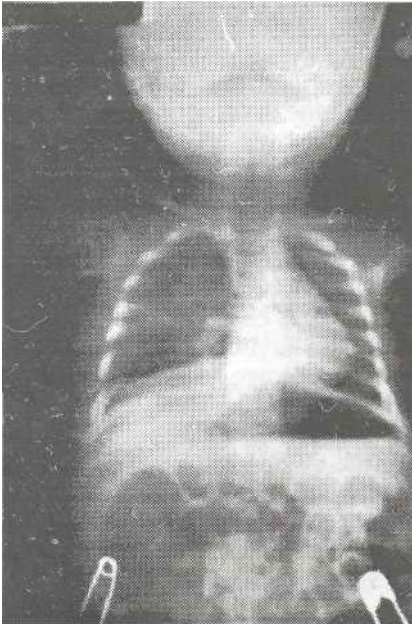


Figura No. 5 Radiografía PA de tórax 4 día postoperatorio. Se retiró sonda pleural, adecuada reexpansibilidad pulmonar.

lo que se realiza lobectomía reseccando el 100% de la masa (Figura No. 4) se deja sonda pleural # 14 verificando hemostasia y se cierra por planos sin complicaciones. El paciente sale extubado de sala de operaciones con buen automatismo ventilatorio y con una saturación de 100% con FIO₂ de

En la radiografía de tórax post-operatoria se puede observar pulmón derecho el cual ocupa todo ese hemitorax, el mediastino yace en posición central y la sonda pleural esta bien colocada. La evolución post-operatoria estuvo libre de complicaciones retirándose la sonda pleural a las 48 Hrs. egres'andose a los 7 días de la cirugía. (Figura No. 5)

Anatomía patológica informó el diagnóstico de quiste bronco-génico parenquimatoso. Se le ha dado seguimiento en consulta externa y no hay evidencia clínica ni radiológica de algún problema respiratorio asociado o residual.

La paciente actualmente tiene la edad de 2 años con 9 meses.

DISCUSIÓN

Ya se ha comentado la poca frecuencia con que se presentan las malformaciones congénitas pulmonares. El grupo denominado malformaciones quísticas pulmonares representa un 33% de los casos⁽⁴⁹⁾ y para ilustrar lo anterior citamos la serie del Hospital de niños de Liverpool que es un Hospital de concentración donde funcionó por primera vez una unidad de cuidado intensivo para neonatos quirúrgicos. En 30 años ellos reportan 1 quiste bronco-génico mediastinal y 12 quistes parenquimatosos.⁽⁴⁾

En la Literatura nacional solo existe un reporte previo al respecto⁽⁷⁾; dicho paciente tenía un quiste de localización mediastinal. Este informe viene a ser el segundo caso documentado en nuestra Literatura y el primero de localización periférica o parenquimatoso.

Se conoce la predilección por el pulmón derecho hasta en una proporción 3:1 y sobre todo en lóbulos inferiores⁽¹⁰⁾ este hecho se presenta en éste caso desde la tumoración afecta el lóbulo medio derecho.

En cuanto a la edad de presentación se conoce que los pacientes con localización parenquimatoso suelen dar síntomas en edades mas tempranas M.5,6,11,12,13) 10 cual ocurre asi porque generalmente son de mayor tamaño produciendo asi mayores síntomas compresivos ademas poseen comunicación con el árbol traqueobronquial y por ello son mas susceptibles a infectarse. En nuestro paciente la sintomatología es desde el nacimiento debido a las dimensiones tan grandes de la tumoración se produce falla respiratoria. Inclusive en alguna ocasión se han producido Hidrops Fetalis no inmune como resultado de la disminución del retorno venoso hacia la aurícula derecha por compresión tumoral extrínseca de la Vena Cava.⁽³⁶⁾

Las manifestaciones clínicas vistas con mayor frecuencia son respiratorias en 50-70% de los casos

producto de compresión o infección sobreagregada. Pueden también existir síntomas digestivos como vómito o disfagia por compresión esofágica sobre todo en aquellos de localización mediastinal y también se han descubierto incidentalmente como un hallazgo radiológico en un paciente asintomático (io,i3) e] estudio diagnóstico inicial debe ser la radiografía de Tórax en la cual se pueden identificar varias imágenes; entre ellas: Imagen de tumoración con desplazamiento de estructuras adyacentes (Es el caso de nuestro paciente), imagen que muestra un nivel de hiperlucidez dentro de la masa en los casos en que existe comunicación bronquial, también puede verse una imagen de sobredistensión contralateral ya sea por compensación o por compresión bronquial parcial extrínseca i^{7,10,12,13}, otros estudios que nos pueden ser de utilidad para delinear y ubicar mejor anatómicamente la masa en el tórax, son el Esofagograma y Esofagoscopia o bien Broncografía o Broncoscopia.

Mediante estas técnicas básicamente diferenciamos entre obstrucción Bronquial extrínseca o intrínseca y a que nivel del mediastino^{5,6,71} de estos estudios los de mayor utilidad son el Esofagograma cuando existe sospecha de localización mediastinal y la Broncoscopia para descartar obstrucción Endobronquial; en nuestro paciente no se realizaron por lo agudo del caso y lo evidente de la tumoración, si solicitamos T.A.C. para conocer la relación de la masa con los grandes vasos y con estructuras adyacentes como traquea y pericardio.

Habitualmente otros estudios como resonancia magnética, ultrasonido o angiografía son de poca utilidad al momento de esclarecer el diagnóstico

El tratamiento de elección es la resección del quiste. Aun en aquellos pacientes con pocos o ningún sintoma i^{4,5,6,7,B,i4,i5}) Entre las razones que se argumentan para justificar esta conducta quirúrgica es el hecho de que existe mucha tendencia a sobreinfectarse y en los casos en que existe comunicación bronquial a crecer y dar síntomas compresivos, además hay reportes de malignidad secundaria^(U-15)

En nuestro paciente se realizó Lobectomía pulmonar sin complicaciones y el niño la toleró muy bien cediendo el distress respiratorio de tal suerte que no ameritó ventilación asistida ni en el periodo postoperatorio inmediato. Actualmente tiene 2 años con

9 meses de edad y se encuentra completamente asintomático.

Se prefiere la Lobectomía pulmonar a las resecciones segmentarias por su menor tasa de complicaciones y mortalidad.^(4^e-7)

REFERENCIAS

- 1.- Buntain V.L., Isaacs H. Jr., Payne VC, Et Al: Lobar Emphysema, Cystic adenomatoid malformation, pulmonary sequestration and Bronchogenic cyst in infancy and Childhood: A Clinical Group. J. ped Surg. 1974; 9:85-93
- 2.- Crawford T.J., Cahill J.L: The surgical treatment of pulmonary cystic disorders in infancy and childhood. J. Ped. Surg. 1971,6:251-255.
- 3.- Demos N.J., Theresi A.; Congenital Lung malformations; A unified concept and case report. J. Thorac. cardiovasc. Surg. 1975, 70: 260-264.
- 4.- Irving I.M.: Malformations and acquired lesions of lung, pleural and mediastinum. In lister J. Neonatal surgery. Third Edition, London-Butter Worths. 1989. Chapter 22, 259-278.
- 5.- Othersen B.: Pulmonary and Bronchial malformations. in Ashcraft-Holder pediatric surgery. Second Edition, Philadelphia Saunders. 1993 chapter 176-187.
- 6.- Welch K.J., Randolph J.G., Ravitchmm Et Al pediatric Surgery fourth edition Chicago year book medical publishers. 1986,645-653.
- 7.- Izardo J.R., Godoy J.G., Figueroa C.H. y Cois: Quiste Broncogénico: Informe de un caso y revisión de la Literatura. Rev. Med. Hond. 1994, Vol. 62:36-40.
- 8.- Eraklis A.J., Griscom N.T., MC Govera J.B.: Bronchogenic cyst of the mediastinum in infancy. New Engl. J. Med. 1969,281:1150-1155.
- 9.- Wolf S.A., Hertzler J.H. and Phill part A.I. : Cystic adenomatoid dysplasia of the Lung. J. Ped. Surg. 1980; 15:925-930.
- 10.- Wesley J.R., Heidelberg K.P., Dipietro M.A.: Diagnosis and management of Congenital Cystic disease of the Lung in Children. J. Ped. Surg. 1986; 21: 202-207.
- 11.- Shamji F.M., Sachs H.J., Perkins D.G.: Cystic disease of the Lung. Surg. Clinic North Am. 1988; 68: 581-620.
- 12.- Fan L.L., Strain J.D., Foley I.C., Et Al: Radiological case of the Month. Giant pulmonary cyst simulating Pneumothorax. Am.*J. Dis. child 1988; 142: 189-190.
- 13.- Rafmenofsky M.L., Lfape L.L., Et Al: Bronchogenic cyst J. Ped. Surg. 1979; 219-224.
- 14.- Shariffs., Thomas J.A., Shetty N. Et Al: Primary Pulmonary Rhabdomyosarcoma in a child, J. Surg. Oncol. 1988; 38: 261-264.
- 15.- Hedlung G.L., Bisset G.S., Bove K.E.; Malignant neoplasms arising in cystic hamartomas of the Lung in Childhood. Radiology 1989; 173: 77-80.