



Quiste broncogénico mediastínico en carina de paciente asintomático

J.J. Carvajal Balaguera, S. Mallagray Casas y A. Dancausa Monge*

Servicio de Cirugía General y Torácica. *Jefe de Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. Hospital Central de la Cruz Roja Española. Madrid.

Se presenta el caso de un paciente varón de 30 años de edad portador de un quiste broncogénico mediastínico, que se encontró de forma casual en una radiografía de tórax. Los análisis de laboratorio no mostraron ninguna alteración significativa. La radiografía de tórax y la TAC revelaron una imagen de masa, circunscrita, homogénea y de baja densidad, situada en el mediastino medio. El tratamiento consistió en la resección quirúrgica tras realizar toracotomía. El estudio histológico de la lesión fue consistente con un quiste broncogénico típico.

Arch Bronconeumol 1994; 30: 358-361

Mediastinal bronchogenic cyst in the carina of a patient with no symptoms

A patient of 30 year-old male with a bronchogenic cyst in the mediastinum detected as an incidental finding on a routine chest X-ray is presented. Laboratory examinations did not reveal any significant abnormalities. Chest X-ray and TAC revealed the mass lesion with smooth margin, low density and homogeneous at the middle mediastinum. Treatment consisted in the resection of the cyst by left thoracic approach. Histologically, the lesion was typical a bronchogenic cyst.

Introducción

Los quistes y tumores primarios del mediastino constituyen una amplia gama de lesiones, desde formaciones quísticas benignas hasta neoplasias malignas e invasivas. La complejidad del desarrollo embriológico de los órganos de esta región hace que sean posibles numerosas alteraciones congénitas. Los tumores o quistes del mediastino son más o menos frecuentes en razón al compartimiento en que se divide el mediastino: en el anterior el 40%, en el medio el 25% y en el posterior el 35%¹.

La mayoría de las grandes series, que incluyen poblaciones tanto adultas como pediátricas, indican que aproximadamente el 75% de las masas mediastínicas primarias son benignas. Sin embargo, la incidencia de benignidad es menor en los niños, entre el 50 y el 60%. La tasa de quistes congénitos en el mediastino es

del 19% en el adulto y del 17% en el niño. La incidencia del quiste broncogénico del mediastino (QBM) es del 7% en el adulto y del 8% en el niño. La mayoría se forman en el mediastino medio². Se pueden presentar en cualquier edad, pero generalmente se descubren en adultos jóvenes, como en nuestro caso. Son ligeramente más frecuentes en el varón que en la mujer, en una relación de 1,2:1³.

Reviste especial importancia el hecho de que el QBM es una entidad infrecuente, de difícil diagnóstico y que puede simular múltiples lesiones desde benignas a malignas. Con motivo de haber tratado un paciente portador de esta entidad, hemos creído interesante la comunicación de esta observación clínica. Hacemos hincapié en la necesidad de la extirpación quirúrgica también en los casos asintomáticos.

Caso clínico

Paciente varón de 30 años de edad sin antecedentes personales o familiares de interés, que acudió por presentar una imagen anormal en una radiografía de tórax, detectada tras examen médico de rutina en la empresa. El paciente se

Correspondencia: Dr. J.J. Carvajal.
Cristóbal Bordiu, 30, 2.º, P4. 28003 Madrid.

Recibido: 22-9-93; aceptado para su publicación: 3-11-93.

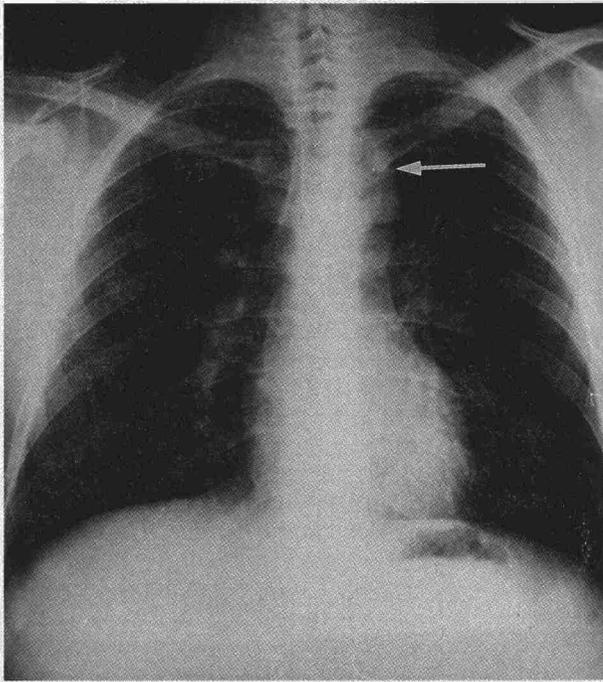
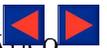


Fig. 1. Radiografía de tórax (PA). Aumento de densidad paratraqueal izquierda (flecha).

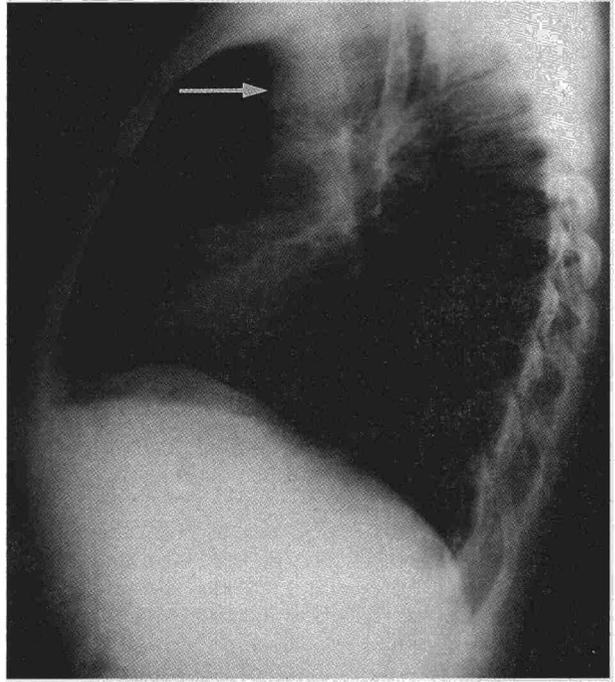


Fig. 2. Radiografía de tórax (lateral). Se aprecia una imagen redondeada, de contornos lisos, situada en el mediastino medio y superior (flecha).

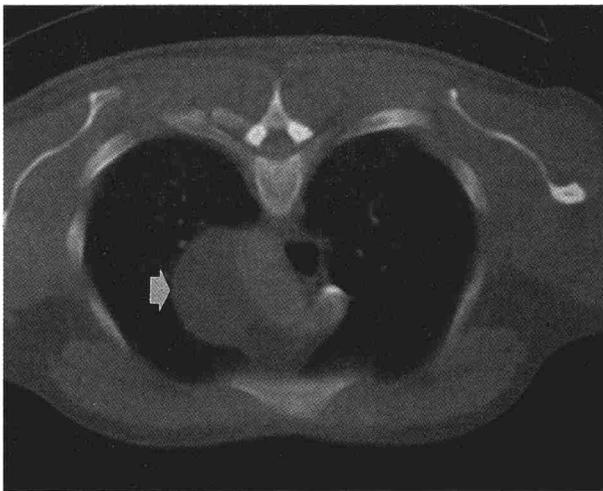


Fig. 3. TAC de tórax. Imagen de masa extrapulmonar de baja densidad y circunscrita, que protruye sobre la parte anterior y superior del pulmón izquierdo. Desplaza los vasos mediastínicos hacia la derecha.

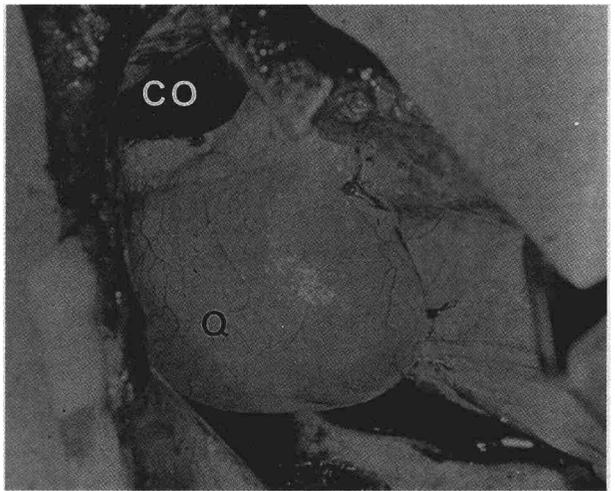


Fig. 4. Fotografía intraoperatoria. Se aprecia una formación quística, lisa, brillante y muy vascularizada. CO: campo operatorio. Q: quiste.

encontraba asintomático. En la exploración clínica no se encontró ninguna alteración relevante.

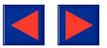
Análisis de laboratorio: hemograma, fórmula, recuento, coagulación, VSG, perfil hepático y renal, ionograma, proteinograma y glucemia, normales. Pruebas de función respiratoria, esofagograma y fibrobroncoscopia, normales.

La radiografía de tórax (figs. 1 y 2) y la TAC (fig. 3) mostraron una imagen de características quísticas en el mediastino medio y superior. Se realizó toracotomía posterolateral izquierda en la que se encontró una formación quística, lisa, brillante, nacarada, de 12 cm de diámetro, que contenía en su interior un líquido de aspecto lechoso y en contacto

estrecho con la carina pero sin comunicarse (fig. 4). Tras la exéresis, el estudio histológico era compatible con un quiste broncogénico, típico. El paciente evolucionó con normalidad y en la actualidad se encuentra asintomático.

Discusión

En la estructuración pulmonar fetal existe una relación íntima entre la embriología gastrointestinal y pulmonar. Los quistes congénitos se forman alrededor de la sexta semana de gestación, representan el des-



prendimiento anormal de un segmento ventral del intestino primitivo⁴. Se clasifican en broncogénicos, que suelen ocupar una posición central y aparecen en la vida fetal temprana; pulmonares, que tienden a ser periféricos y se desarrollan en la vida fetal tardía, y enterogénicos, constituidos por duplicaciones centrales del canal alimentario⁵.

De acuerdo a su localización, los QBM se clasifican en: *a)* paratraqueales, unidos a la pared traqueal por encima de la bifurcación; *b)* carinales, como nuestro caso, conectados con la carina y muchas veces con el esófago; *c)* hiliares, insertados en uno de los bronquios principales o lobares, y *d)* paraesofágicos, sin conexión con el árbol traqueobronquial, pero en estrecha asociación con el esófago². Sin embargo, en casos excepcionales pueden encontrarse fuera del mediastino: intradural⁶, intrapericárdico⁷, subdiafragmático⁸, subcutáneo⁹, retroperitoneal¹⁰ y pancreático¹¹.

La mayoría de los QBM son asintomáticos y se encuentran de forma casual en radiografía de tórax rutinaria. Cuando producen síntomas, habitualmente son secundarios a sus complicaciones. Los que se comunican libremente con el árbol bronquial suelen infectarse y representan una fuente de supuración crónica. A veces, los grandes quistes comprimen el tejido pulmonar restante y dificultan su desarrollo normal. Las formas paratraqueales y carinales pueden causar compresión traqueobronquial, provocando tos, sibilancias, disnea y estridor^{12,13}. No obstante, nuestro paciente se encontraba asintomático. La estenosis bronquial puede dar lugar a una atelectasia y a neumonitis recurrente¹⁴. Los paraesofágicos pueden causar disfagia, regurgitación y dolor abdominal¹⁵. No es infrecuente que el QBM se acompañe de otras malformaciones congénitas^{3,11,16}.

La radiografía de tórax y la TAC son los procedimientos más útiles para el diagnóstico del QBM. Sin embargo, es una entidad de difícil diagnóstico porque puede simular diversas patologías. Tan sólo en el 57% de los casos se confirma la sospecha diagnóstica³.

La radiografía del tórax muestra una imagen circunscrita, lisa y localizada generalmente a nivel de la carina, como en nuestro caso. Es posible apreciar la presencia de un nivel hidroaéreo si hay comunicación con el árbol traqueobronquial. En la radioscopia puede apreciarse que el quiste se desplaza con la deglución, cuando se encuentra unido al esófago¹.

La TAC delimita el quiste de las estructuras vecinas, mide su densidad, grado de vascularidad y clarifica la relación con el esófago o la vía aérea¹⁵.

Pueden utilizarse también otras técnicas como la ecografía y la resonancia magnética (RM), que diferencian lesiones quísticas de macizas, y delimitan los quistes y tumores de las estructuras cardiovasculares⁸; el esofagograma, que documenta compresiones intrínsecas o comunicación directa con la luz del esófago¹⁷; la endoscopia, que demuestra la comunicación o compresión extrínseca del esófago o del árbol traqueobronquial^{8,15} y la gammagrafía, que descarta una lesión de origen tiroideo¹. El antígeno carboxílico CA 19.9 puede ser también útil para identificar la lesión¹⁸.

Al microscopio, el QBM se encuentra tapizado de epitelio columnar ciliado pseudoestratificado, glándulas mucosas, cartílago hialino y músculo liso; conteniendo en su interior un líquido mucoso de aspecto lechoso. No se ha descrito la degeneración maligna de estas lesiones³.

En el diagnóstico diferencial se incluyen principalmente las lesiones quísticas del mediastino, en sus diversos compartimientos: en el mediastino anterior, el quiste tímico y aneurisma; en el medio, el quiste pericárdico, linfangioma y hernia de Morgani; y en el posterior, el quiste entérico, aneurisma, quiste del conducto torácico y hernia de Boshdaleck. En ocasiones pueden enmascarar tumores benignos y malignos, tiroidopatías y pseudoaneurismas. El absceso pulmonar puede constituir un diagnóstico diferencial con el QBM infectado, de difícil solución^{19,20}.

Dada la posibilidad de compresión sobre estructuras vitales vecinas, o de rotura, o infección, fistulización, hemorragia y debido a que con frecuencia no pueden distinguirse de los tumores malignos, está indicada la extirpación quirúrgica^{3,19}.

Si el QBM se ha infectado, las adherencias firmes en el área hacen difícil la disección y en ocasiones se requiere la resección pulmonar para la exéresis^{3,16}.

La tendencia actual del tratamiento en quistes no complicados es la exéresis por vía videotoroscópica, por el escaso dolor postoperatorio, corta estancia y recuperación precoz^{15,21}. De cualquier forma, se recomienda una disección meticulosa, para evitar complicaciones graves o recurrencia^{22,23}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bryant LR, Morgan CV Jr. Chest Wall, Pleura, Lung and Mediastinum. En: Schwartz SI, Shires GT, Spencer FC, Storer EH, editores. Principles of Surgery. NY: McGraw-Hill Book Company, 1984; 603-732.
2. Jones KW, Pietra GG, Sabiston DC, Jr. Quistes y neoplasias primarias del mediastino. En: Fishman AP, editor. Tratado de Neumología. México D.F.: McGraw-Hill, 1983; 1.414-1.448.
3. St-Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Deschamps C, Brisson J. Clinical spectrum of bronchogenic cyst of the mediastinum and lung in the adult. Ann Thorac Surg 1991; 52: 6-13.
4. Orozco-Sánchez J, Samano-Martínez A. Quiste broncogénico. Presentación de dos casos y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infant Mex 1992; 49: 449-453.
5. Brody JS. Desarrollo, crecimiento y restauración del pulmón. En: Fishman AP, editor. Tratado de Neumología. México DF: McGraw-Hill, 1983; 283-356.
6. Wilkinson N, Reid H, Hughes D. Intradural bronchogenic cysts. J Clin Pathol 1992; 45: 1.032-1.033.
7. Padovani B, Hofman P, Chanalet S, Taillan B, Jourdan J, Serres JJ. Intrapericardial bronchogenic cyst: CT and MR demonstration. Eur J Radiol 1992; 15: 4-6.
8. Kobayashi H, Takahashi M, Shinozaki K, Mukai M. A case of bronchogenic cyst in the subdiaphragmatic region. Nippon Kyobu Shikkan Gakkai Zsshi 1992; 30: 1.171-1.174.
9. Avril MF, Raulo Y, Clerici T, Ramón J, Guillaume JC. Sus-Clavicular cutaneous bronchogenic cyst. Ann Dermatol Veneol 1991; 118: 874-877.



10. Swanson SJ, Skoog SJ, Garcia V, Wahl RC. Pseudoadrenal mass: unusual representation of bronchogenic cyst. *J Pediatr Surg* 1991; 26: 1.401-1.403.
11. Petrin C, Tacchetti G, Montaguti A, Nisi E, Bernardi S, Giraldi E. Association of bronchogenic cyst of the pancreas and duplication cyst of the stomach. *J Chir* 1991; 128: 435-438.
12. Altin MA, Gundogdu ZH, Senel Z. Bronchogenic cyst in a 14-month old boy (a case report). *Turk J Pediatr* 1992; 34: 187-191.
13. Lippmann M, Solit R, Goldberg SJ, Najjar D. Mediastinal bronchogenic cyst. A causa of upper airway obstruction. *Chest* 1992; 102: 1.901-1.903.
14. Johnston SR, Adam A, Allison DJ, Smith P, Ind PW. Recurrent respiratory obstruction from a mediastinal bronchogenic cyst. *Thorax* 1992; 47: 660-662.
15. Mouroux J, Bourgeon A, Benchimal D, Bernard JL, Chazal M, Padovani B, Richelme H. Bronchogenic cysts of the esophagus. Classical surgery or video-surgery? *Chirurgie* 1991; 117: 564-568.
16. Koskas M, Tournier G, Baculard A, Sardet A, Boule M, Gruner M. Bronchogenic cysts in the carina. *Rev Mal Respir* 1992; 9: 509-515.
17. Sasaki K, Tanaka S, Koizumi K, Shioda M, Fukushima, Shoji T. A case of paraesophageal bronchogenic cyst with esophageal communication. *Kyobu Geka* 1992; 45: 813-816.
18. Ferrari E, Taillan B, Jourdan J, Sánchez B, Heudier P, Isetta C et al. An unusual pericardial tumor: bronchogenic cyst. *Arch Mal Coeur Vaiss* 1992; 85: 461-464.
19. Bolton JW, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts: What is the best management? *Ann Thorac Surg* 1992; 1.134-1.137.
20. McNamee CJ, Knight JL. Bronchogenic cyst masquerading as a chronic pos-traumatic pseudoaneurysm of the aortic isthmus. *Can J Surg* 1992; 35: 552-554.
21. Lewis MF, Caccavale RJ, Sisler GE. Imaged thoracoscopy surgery: a new thoracic technique for resection of mediastinal cyst. *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 318-320.
22. Barman AA, Moideen AS, Chaudhry SS, Rich D. Laceration of the left pulmonary artery during removal of a bronchogenic cyst by right thoracotomy. *Chest* 1991; 100: 267-268.
23. Read CA, Moront M, Carangelo R, Holt RW, Richardson M. Recurrent bronchogenic cyst. An argument for complete surgical excision. *Arch Surg* 1991; 126: 1.306-1.308.