

Quiste broncogénico que simula un aneurisma traumático de aorta *Bronchogenic cyst simulating traumatic aneurysm of the aorta*

J.A. Tihista¹, C. Corchón², P. Anguiano¹, C. Antón², J. Lobo¹, O. Agudo¹

INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos congénitos son una entidad clínica poco frecuente. Su incidencia varía desde el 1/42.000 al 1/63.000 de todos los ingresos hospitalarios¹. Se producen por un desarrollo anormal del divertículo ventral del árbol broncopulmonar durante el período más activo de desarrollo fetal, entre el 26º y el 40º día de vida intrauterina. Normalmente suelen deberse a restos embriológicos de células epiteliales². El desarrollo embriológico del pulmón ocurre del centro a la periferia, por eso los quistes broncogénicos pueden ser tanto mediastínicos como pulmonares. En ambos casos están recubiertos de epitelio respiratorio mucosecretor². Normalmente no están comunicados con el árbol bronquial, aunque estén muy próximos a él. Además, los quistes broncogénicos que comunican con el árbol bronquial suelen ser sintomáticos, ya que con frecuencia se infectan dando lugar a abscesos. En el resto de los casos suelen ser asintomáticos, presentándose como hallazgos radiológicos casuales con edad variable de aparición entre la infancia y la juventud³.

La radiografía de tórax, el TC torácico y/o la RM son las exploraciones radiológicas indicadas. A pesar de alguna contro-

versia, la cirugía es considerada el tratamiento de elección, incluso en pacientes asintomáticos³.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino y 13 años de edad que ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tras sufrir un atropello. A su ingreso está hemodinámicamente estable, con 15 puntos en la escala de Glasgow del coma (GCS) y exploración neurológica normal. En la exploración física se aprecia un hematoma frontal derecho, una contusión en la rodilla derecha con dolor a la movilización y una contusión en la región posterior del hemitórax izquierdo.

Tras realizarse el estudio radiológico se evidencia en la radiografía de tórax la fractura de 3ª, 4ª y 5ª costillas y clavícula izquierda, neumotórax izquierdo, contusión pulmonar izquierda y masa ovalada paravertebral y dorsal sugestiva de traumatismo aórtico (Fig. 1). En el TC torácico se confirman las lesiones traumáticas y se describe mejor la masa mediastínica hipodensa sin realce con el contraste, rodeando a la aorta torácica (Fig. 2).

Tras ser dada de alta de la UCI, se le realiza una angiografía aórtica y un Eco-doppler transtorácico (ETT) descartándose la presencia de lesiones aórticas. La paciente es dada de alta del hospital a los 28 días de su ingreso.

A las 6 semanas acude a revisión aquejando fatiga con el esfuerzo. Se repite el TC torácico

ANALES Sis San Navarra 2001; 24 (1): 95-97.

1. Servicio de Medicina Intensiva. Hospital de Navarra. Pamplona.
2. Servicio de Radiología. Hospital de Navarra. Pamplona.

Aceptado para su publicación el 30 de octubre de 2000.

Correspondencia

Juan Angel Tihista Jiménez
Unidad de Medicina Intensiva
Hospital García Orcoyen
Estella (Navarra)
Tfno. 948 548151
E-mail: kankelius@hotmail.com

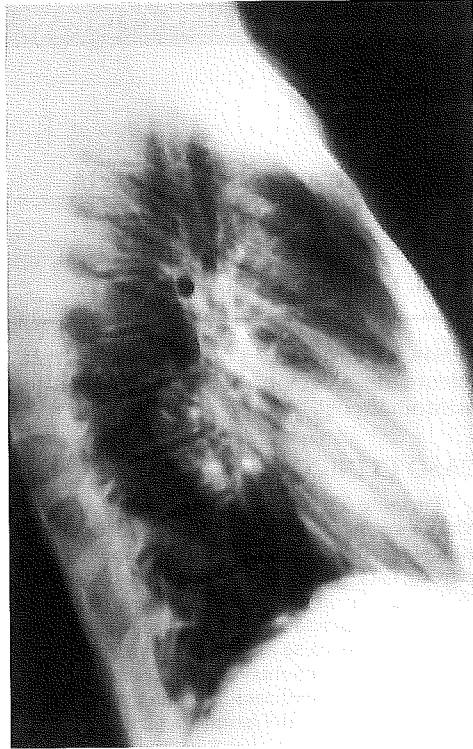


Figura 1. Rx de tórax lateral: masa redondeada mediastínica.



Figura 3. RM: Corte sagital en SPT. Aorta torácica de tamaño y morfología normal. Masa hiperintensa adyacente a la aorta.

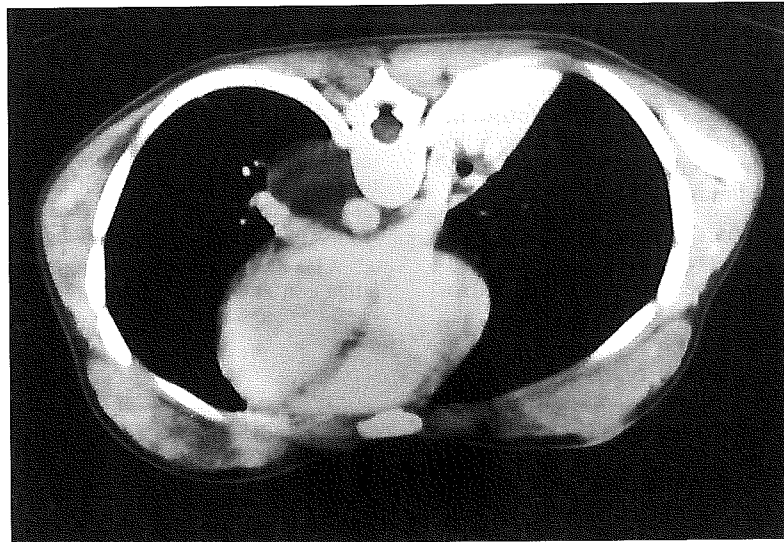


Figura 2. TC tórax: masa redondeada hipodensa en mediastino posterior adyacente a la aorta torácica.

presentando la misma imagen de su ingreso anterior y se ingresa para estudio del posible hematoma periaórtico.

Se realiza un Ecocardiograma Transesofágico (ETE) en el que se aprecia una masa retroaórtica, similar al estudio previo, sin conexión con la aorta, y una RM en la que se objetiva una masa redondeada y en íntimo contacto con la aorta descendente, de contornos bien definidos, con unos diámetros aproximados de 3,5 x 6 x 5 cm y con un aumento de la intensidad de señal en secuencias SPT1 y SPT2, sugestiva de hematoma periaórtico, sin poder descartar otras posibilidades (Fig.3).

Ante la duda diagnóstica se decide realizar una toracotomía lateral izquierda, reseccándose una masa quística gelatinosa en el mediastino posterior adyacente al bronquio principal izquierdo. El examen anatomopatológico confirma el diagnóstico de quiste broncogénico.

La paciente es dada de alta, permaneciendo asintomática en las revisiones siguientes y con TC de control normal.

DISCUSIÓN

Los quistes broncogénicos congénitos son una entidad clínica poco frecuente. El lugar de asiento preferente es intrapulmonar. Ocasionalmente pueden ser mediastínicos. Son debidos a una alteración embriológica de la división del intestino anterior primitivo entre los días 26^º al 40^º de vida intrauterina¹. El desarrollo embriológico del pulmón ocurre del centro a la periferia, y por eso pueden ser centrales o mediastínicos (más tempranos en el desarrollo embriológico) y pulmonares o periféricos. Ambos tipos están revestidos de epitelio respiratorio ciliado mucosecretor y, aunque normalmente están situados próximos al árbol bronquial, no tienen comunicación con él². No tienen predilección por sexo ni raza, si bien se han descrito más frecuentemente en hombres y judíos yemenitas². Su incidencia varía desde el 1/42.000 al 1/63.000 ingresos hospitalarios¹.

Normalmente son asintomáticos y se descubren accidentalmente al realizar radiografías de tórax³. Los quistes mediastínicos pueden producir insuficiencia respiratoria por compresión. Los quistes pulmonares pueden tener comunicación con el árbol bronquial, pudiendo infectarse con clínica de tos, expectoración y hemoptisis².

En el caso que hemos expuesto la localización del quiste era en el mediastino posterior, que es una localización poco usual. Todas las pruebas diagnósticas realizadas iban orientadas a descartar la presencia de un aneurisma traumático aórtico, una lesión frecuente y a menudo fatal en accidentes de circulación como consecuencia de un mecanismo de desaceleración⁴. La rotura puede ocurrir incluso mucho tiempo tras el accidente. En el presente caso, las exploraciones radiológicas practicadas orientaban hacia una patología traumática.

El diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones incluye también tumores neurales, linfomas, teratomas, hamartomas, granulomas, adenopatías, metástasis y eritropoyesis extramedular¹.

Las exploraciones no invasivas permiten el diagnóstico y la evaluación de la patología del arco aórtico en la mayor parte de los casos, pero la arteriografía sigue siendo la prueba diagnóstica de elección⁴. La mayoría de las veces, la toracotomía o una toracoscopia terapéutica se justifica no por el mínimo riesgo de degeneración maligna sino por las complicaciones⁵. En el presente caso, el quiste broncogénico era asintomático, y su hallazgo casual tras un traumatismo torácico y la aparición de sintomatología a los seis meses hizo que no se pudiese descartar totalmente un traumatismo aórtico, lo que motivó la realización de una toracotomía, que fue a la vez diagnóstica y terapéutica.

BIBLIOGRAFÍA

1. BUENO JIMÉNEZ C, SANTANA CORNEJO E, DÍAZ RODRÍGUEZ E, LÓPEZ SÁNCHEZ O, BERMEJO IGLESIAS AM, BUREO DACAL P et al. Quiste broncogénico de localización atípica. *An Med Int* 1995; 12: 280-282.
2. DEFOSSEZ SM, DELUCA SA. Bronchogenic cysts. *AFP* 1989; 39: 129-132.
3. BUCKNER BC, WALKER CW, SHAH HR, FITZRANDOLPH RL. Bronchogenic cysts. *AFP* 1989; 40: 167-172.
4. AL-AYLÉ N, GUILMET D. Kyste bronchogénique simulant un anéurisme traumatique de l'aorte. *Arch Mal Coeur* 1997; 90:1321-1323.
5. CUYPERS P, DE LEYN P, CAPPELLE L, VEROUSTRAEETE L, DEMETS M, DENEFFE G. Bronchogenic cysts. A review of 20 cases. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1996; 10: 393-396.