

Resolución del caso presentado en el número anterior

Quiste broncogénico

Bronchogenic cyst

Dra. María C. Guglielmo^a, Dr. Luis A. Stabilito^a y Dra. Marianela M. Palmieri^a

Se trata de una niña de 7 años sin antecedentes personales relevantes, que consulta por proceso febril de 48 horas de evolución, tos y sospecha clínica de neumonía izquierda. Comienza su tratamiento con antibioticoterapia oral y se le solicitan radiografías para ser evaluadas en su consulta de control.

En función de las imágenes aportadas, se decide realizar una tomografía axial computada con contraste y filtro óseo a fin de determinar el diagnóstico presuntivo (*Figura 1*).

Se reciben las imágenes y el siguiente informe:

En el lóbulo superior del pulmón izquierdo, y en relación con el cayado aórtico, se observa una imagen ovoide de 32,6 mm de diámetro, que presenta límites netos y baja densidad. Se aprecia, además, infiltrado parenquimatoso alveolar en el lóbulo inferior del mismo pulmón, compatible con neumonía en evolución. La imagen podría corresponder a un quiste broncogénico.

Conclusiones: Formación paramediastinal izquierda, compatible con un quiste broncogénico. Neumonía basal izquierda en evolución.

Con este diagnóstico presuntivo, se efectúa la consulta con el Servicio de Cirugía Infantil y se decide su resección quirúrgica.

Informe histopatológico:

Pieza quirúrgica: lóbulo pulmonar superior izquierdo. Descripción macroscópica: formación

quistica abierta que mide 3,2 x 1,6 cm. Pared de hasta 0,3 cm de espesor. Descripción microscópica: imagen de quiste broncogénico, revestido en sectores por epitelio bronquial, el cual se encuentra extensamente esfacelado. Dicho epitelio descansa sobre una pared fibrocolágena densa; en la porción externa se observa escaso parénquima pulmonar sin alteraciones. Diagnóstico: quiste broncogénico.

Quiste broncogénico

Los quistes broncogénicos (QB) son formaciones congénitas que derivan del desarrollo fetal anómalo del árbol traqueobronquial. Los órganos del sistema respiratorio y el esófago tienen como origen común el intestino primitivo. Durante la séptima semana de gestación, este conducto se alarga en sentido vertical y aparece un brote ventral a partir del cual se desarrollará el sistema respiratorio.¹ La porción caudal dará origen al tracto gastrointestinal. La separación de estas estructuras puede dar a lugar a formaciones quísticas. Son asintomáticos hasta en el 19 % de los casos. Cuando se manifiestan clínicamente, es por razones compresivas (tos, estridor y sibilancias) o por causa infecciosa. Dicha sintomatología depende de la ubicación de la lesión.

Se debe realizar el diagnóstico diferencial principalmente con otras tumoraciones mediastínicas. Entre ellas podemos mencionar los tumores germinales del mediastino, dentro de los cuales el 80 % corresponde a teratomas. Son de localización anterior, la mayoría de estos se presenta en adultos jóvenes y son de características benignas.² Sin embargo, hay registros de blastoma pleuropulmonar y carcinoma bronquioloalveolar en niños y en adultos con quistes broncogénicos resecaados. No obstante, existen controversias en relación con el desarrollo de malignidad y con su asociación con dichas lesiones.

Los quistes esofágicos, localizados en el mediastino posterior, también deben tenerse en cuenta para el diagnóstico. Se presentan unidos a la pared del esófago, pero en ocasiones están embebidos por completo dentro de la capa

a. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dra. María C. Guglielmo: cecilia_guglielmo@yahoo.com.ar

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 23-10-2020

Aceptado: 26-2-2021

muscular esofágica. El síntoma más frecuente que causan es la disfagia.³ En este caso, la realización de un esofagograma es de gran utilidad en el diagnóstico.

Otro de los diagnósticos diferenciales es el quiste tímico, que representa del 3 % al 5 % de las masas del mediastino anterior.⁴ La presencia de tejido tímico remanente en su pared es el único carácter distintivo; por este motivo, todas las tumoraciones quísticas del mediastino deben estudiarse en detalle para buscar dicho tejido.

Dentro de los diagnósticos diferenciales, debe considerarse también el secuestro pulmonar. Se trata de una afección congénita que consiste en la presencia de una masa quística de tejido pulmonar afuncional.⁵ Es necesario destacar que los estudios complementarios de imágenes, como la radiografía de tórax, la tomografía axial computada y la resonancia magnética nuclear, son de gran ayuda para establecer el diagnóstico, pero este se confirma tras la resección de la lesión y su estudio histopatológico.

Actualmente, la paciente se encuentra sin sintomatología respiratoria y se ha recuperado *ad integrum*. Se realiza seguimiento pediátrico y control anual por neumonología. ■

REFERENCIAS

1. Cosío-Pascal M, Cosío-Lima L, Lezama-Urtecho CA, Ríos-Reyna JL. Quiste broncogénico. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Neumol Cir Torax*. 2014;73(1): 24-34.
2. Ram D, Sharma DK, Darlong LM, Rajappa SK, Bhakuni YS. Mediastinal teratoma with pulmonary parenchyma fistula: a rare diagnostic endeavour. *J Clin Diagn Res*. 2017;11(8):XD03-4.
3. Del Razo R, Gómez A, Salcedo M, Velásquez R. Quiste de duplicación esofágica. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Acta Pediatr Mex*. 2010;31(3):108-14.
4. Fino Velásquez LM, Alvarado Benavides AM, Granada Camacho JC, Ojeda León P, Carrillo Bayona JA. Quiste tímico multiloculado en un paciente adulto: Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev Colomb Radiol*. 2018;29(4):5049-52.
5. Acuña Fernández L, Acuña Zavala PD, Anyosa Palomino V, Sotomayor Castillo C. Secuestro pulmonar intralobar: hallazgo en el intraoperatorio. *Horiz Med*. 2016;16(4):75-80.

FIGURA 1. Tomografía axial computada con filtro óseo. Se observa formación pulmonar paramediastínica en el lóbulo superior izquierdo y en relación con el cayado aórtico, de 32,6 mm, de bordes netos y baja densidad. Además, se observa infiltrado parenquimatoso, alveolar, en el lóbulo superior izquierdo

