

Quiste broncogénico en el período neonatal

Carmen Arreaga S.¹; Guillermo Corréa D.²; Katuska Reynaldos G.³

Congenital bronchogenic cyst

Congenital bronchopulmonary malformations are uncommon and should be considered in the differential diagnosis of respiratory distress. A preterm infant is described who presented at birth with progressively worsening respiratory distress. A bronchogenic cyst of the main left bronchus, 3 cm diameter, was suspected by computed axial tomography and confirmed after surgery. Our patient is so far doing well even though he shows some radiological evidence of slight bronchial stenosis at the site of cyst excision.

(**Key words:** bronchogenic cyst.)

Las malformaciones quísticas del árbol traqueobronquial son de origen congénito^{1, 2} y pueden manifestarse en el período de recién nacido o posteriormente y consisten principalmente en cuatro anomalías bien definidas: secuestro pulmonar, malformaciones adenomatoideas quísticas, enfisema lobar congénito y quistes broncogénicos. La localización de los quistes broncogénicos depende del momento del desarrollo embriológico en que se produce el trastorno del desarrollo que los causa. Si ocurre al inicio de la gestación, el quiste se ubica en el mediastino. Si se produce más tarde, se desarrollarán en la periferia (parénquima pulmonar). Los quistes son únicos, uniloculares y esféricos, miden entre 2 y 10 cm de diámetro, su pared puede contener cartilago, músculo liso, glándulas bronquiales y tejido mucoso y en su interior puede haber aire, moco, líquido seroso o combinaciones de ellos.

Caso clínico

Varón 36 semanas de edad gestacional, peso adecuado, nació por vía vaginal, parto normal, peso al nacer 2 540 g, talla 47 cm, apgar 8 al minuto y 9 a los 5 min. Embarazo controlado, normal, sin incidentes. Se hospitalizó por difi-

cultad respiratoria desde las dos horas de vida, requiriendo suplementos de oxígeno. Se descartó proceso infeccioso y enfermedad de membrana hialina. En la radiografía se registraba desviación del mediastino por lo que parecía una masa que comprimía la carina y el bronquio fuente izquierdo (figura 1). En la ultrasonografía cardíaca se observaba una masa cilíndrica ubicada cerca de la bifurcación bronquial, sin relación con las arterias pulmonares. En la tomografía axial computadorizada (TAC) se registró una imagen redondeada con aspecto de quiste, de 2 cm de diámetro, ubicada en el mediastino posterior que comprimía el bronquio fuente izquierdo. Además había hiperinsuflación del pulmón izquierdo y desplazamiento del corazón hacia el lado derecho, todo lo cual era compatible con la presencia de un quiste broncogénico del mediastino posterior (figura 2). Mediante esofagograma y mediciones de ácido vanilmandélico en orina se descartaron duplicidad esofágica y neuroblastoma, respectivamente.

El paciente fue sometido a toracotomía, en la que se comprobó una masa quística de 3 cm de diámetro que desplazaba el esófago y el bronquio fuente derecho, la que fue extirpada dejando drenaje torácico. En el informe anatómopatológico se describió un quiste cuya pared estaba revestida en parte por epitelio respiratorio rodeado de tejido fibroso y fragmentos de cartilago hialino. Además había otras cavidades de similar estructura, formulándose el diagnóstico de quiste broncogénico. En el período postoperatorio inmediato el paciente requirió ventilación mecánica. Posteriormente se complicó con neumotórax derecho que requirió drenaje y quilotórax, por lo cual fue tratado con antibióticos, apoyo nutricional con alimentación parenteral y dieta hipolipídica, reaccionando favorablemente, si bien tiene estridor laríngeo y llanto disfónico que han sido interpretados como debidos a laringomalasia por la unidad de otorninolaringología. Actualmente está en su casa, en buenas condiciones, y tiene, en una radiografía de tórax de control, signos de estenosis leve del bronquio fuente izquierdo (figura 3), sin repercusión clínica.

1. Unidad de Neonatología, Hospital del Profesor.
2. Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Roberto del Río y del Profesor.
3. Enfermera-Matrona. Unidad de Neonatología, Hospital del Profesor.



Figura 1: Radiografía de tórax anteroposterior: desviación del mediastino a derecha y compresión de carina y bronquio fuente izquierdo.



Figura 2: Tomografía axial computadorizada torácica: imagen quística de 2 cm en mediastino posterior que comprime bronquio fuente izquierdo.

Comentario

Los quistes broncogénicos son raros y su diagnóstico en el período neonatal es casi excepcional. Si el diagnóstico se hace precozmente, el pronóstico es bueno. Los quistes broncogénicos son tumores benignos localizados en mediastino posterior o parénquima pulmonar^{1, 2} y es posible identificarlos antes del nacimiento por ultrasonografía³. Los quistes congénitos pulmonares generalmente son diagnosticados en niños mayores con infecciones respiratorias re-

currentes⁶. Cuando se manifiestan en el período neonatal deben ser considerados en el diagnóstico diferencial del síndrome de dificultad respiratoria. En los recién nacidos, los síntomas se deben a compresión de la tráquea o un bronquio principal y al enfisema lobar secundario⁷ y consisten en estridor, sibilancias y dificultad respiratoria o al alimentarse.

El diagnóstico preoperatorio suele hacerse correctamente en más de tres cuartos de los casos². La radiografía de tórax es útil para identificar las malformaciones congénitas que causan otros casos de síndrome de dificultad respiratoria, pero la tomografía axial⁴ es más eficaz porque, además de la localización, muestra las características de la lesión.

El tratamiento de elección⁴ en el quiste broncogénico es la resección quirúrgica, especialmente cuando produce síntomas (obstrucción traqueal o bronquial). Ocasionalmente estos quistes pueden infectarse y provocar infecciones pulmonares recurrentes. Las complicaciones postoperatorias que ocurrieron en este paciente fueron esperables. El quilotórax respondió satisfactoriamente al tratamiento médico, como ha ocurrido en otros casos^{5, 6}. El barotrauma producido por la ventilación mecánica en el período neonatal pudiera ser una causa contribuyente al desarrollo de estenosis bronquial en el sitio de la resección del quiste⁷.

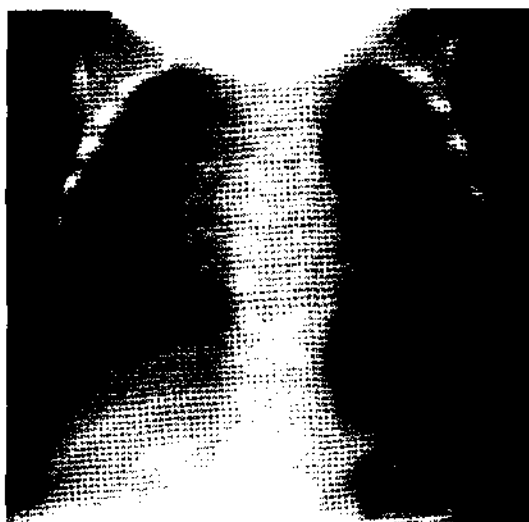


Figura 3: Radiografía de tórax prealta: mediastino centrado, leve estenosis de bronquio fuente izquierdo.

Resumen

Las malformaciones congénitas del árbol traqueobronquial en el período neonatal son raras y deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial del síndrome de dificultad respiratoria del recién nacido. Se presenta el caso de un recién nacido pretérmino con dificultad respiratoria desde el nacimiento, cuyo diagnóstico pre y postoperatorio fue de un quiste broncogénico de 3 cm de diámetro que comprimía el bronquio fuente izquierdo. La evolución fue satisfactoria, quedando una leve estenosis bronquial en el sitio de la resección del quiste.

(**Palabras clave:** quiste broncogénico.)

Agradecimientos

Se agradece a las Dras. Sonia Smith, radióloga infantil, Patricia Urriola, ecocardiografista y Eanda Fernández, anatomopatóloga del Hospital del Profesor.

Referencias

1. *Kravitz R:* Congenital malformations of the lung. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41: 453-472.
2. *Dale P, Shaw N:* Bronchogenic cyst presenting in the neonatal period. *Acta Paediatr* 1994; 83: 110-113.
3. *Mc Cullagh M, Mac Connachie I, Garvie D, Dykes E:* Accuracy of prenatal diagnosis of congenital cystic adenomatoid malformation. *Arch Dis Child* 1994; 71: F111-F113.
4. *Coran A, Drongowski R:* Congenital cystic disease of the traqueobronquial tree in infants and children. *Arch Surg* 1994; 129: 521-527.
5. *Jatene F, Bosisin J, Jatene M, et al.:* Post traumatic chylothorax. Experience in the postoperative period following cardiothoracic surgery. *Arq Bras Cardiol* 1993; 61: 229-232.
6. *Biley P, Tracy T Jr, Connors R, de Mello D, Lewis J, Weber T:* Congenital Bronchopulmonary malformations diagnostic and therapeutic considerations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 99: 597-602.
7. *Lazar R, Younis R, Bassila M:* Bronchogenic cysts: a cause of stridor in the neonate. *Am J Otolaryngol* 1991; 12: 117-121.

AVISO A LOS AUTORES

Con el objeto de dar prioridad a los trabajos de investigación, en vista de las limitaciones de espacio de la Revista Chilena de Pediatría, el Comité Editorial ha acordado restringir la impresión de casos clínicos a un máximo de dos por cada número.