

Cartas al Director

Quiste broncogénico cervical en adultos. Presentación de un caso y revisión de la literatura



Cervical Bronchogenic Cyst in Adults. Case Report and Literature Review

Sr. Director:

Presentamos un caso clínico de quiste broncogénico cervical en mujer adulta.

Mujer de 45 años. Ingresó en nuestro servicio por cuadro agudo febril asociado a disfagia para sólidos y líquidos, y masa cervical derecha con prolongación endotorácica. La exploración física comprobó la existencia de masa cervical lateral derecha fluctuante, dolorosa a la palpación, sobrepasando su borde inferior el opérculo torácico.

Exámenes complementarios: la ecografía cervical confirmó la presencia de una masa cervical derecha, heterogénea, e imagen en probable relación con presencia de aire en su interior. La tomografía axial computarizada (TAC), corroboró la existencia de una masa de partes blandas de 8 cm de diámetro mayor, localizada en encrucijada cervicotorácica, por debajo del hemitiroides derecho, independiente del mismo, con contenido aéreo en su interior (fig. 1A y B).

Tras instauración de tratamiento antibiótico de amplio espectro, y desaparición de la sintomatología general y loco-regional, la paciente fue intervenida quirúrgicamente a través de cervicotomía lateral derecha, con hallazgos operatorios compatibles con la exploración y pruebas complementarias, siendo factible la exéresis completa del proceso (fig. 1C). La evolución hospitalaria posquirúrgica fue favorable desde el punto de vista clínico y radiológico, continuando asintomática y sin signos de recidiva en los controles radiológicos y endoscópicos, 6 meses después.

El estudio anatomopatológico reveló en la pared interna de la formación extirpada, revestimiento por epitelio respiratorio, cilíndrico, pseudoestratificado y con células caliciformes, concluyendo el diagnóstico en quiste broncogénico (fig. 1D).

Los quistes broncogénicos son formaciones quísticas originadas por una anomalía de desarrollo del eje traqueobronquial, a partir de la pared ventral del intestino anterior durante la embriogénesis. La mayoría son diagnosticados en edad pediátrica. En adultos, la localización intratorácica pulmonar o mediastínica es la más frecuente. Su hallazgo en la región cervical es mucho más raro, y habitualmente cursan asintomáticamente. Ocasionalmente, pueden presentar síntomas relacionados con su tamaño, como disnea, insuficiencia respiratoria, tos o disfagia. Muy raramente se manifiestan por sintomatología inflamatoria-infecciosa, coincidente con fistulización cutánea en caso de quistes superficiales o, si se localizan más profundamente, como en nuestro caso, con la formación de abscesos. Su escasa frecuencia de presentación en la edad adulta

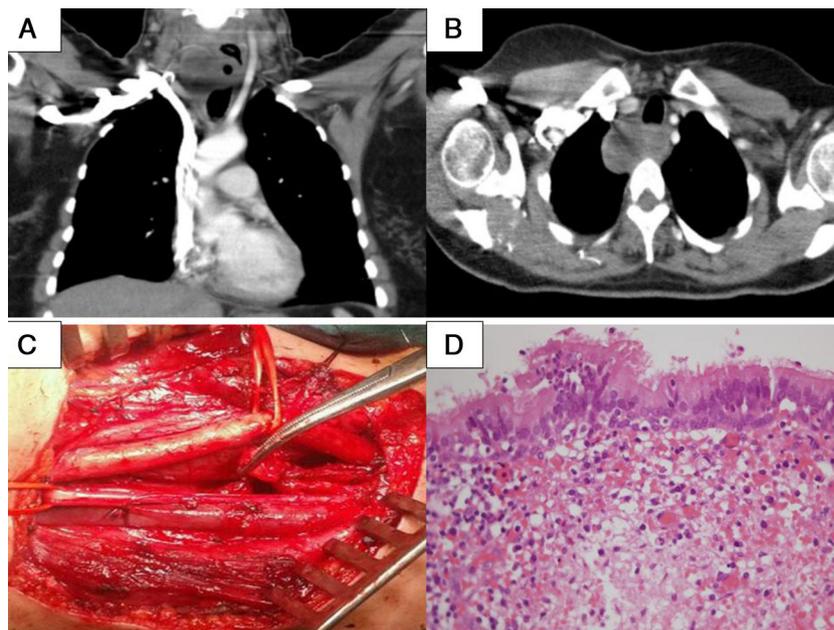


Figura 1. A y B) Imagen en TAC de masa quística cervical derecha con nivel hidroaéreo en su interior. C) Imagen operatoria, con vena yugular interna y arteria carótida externa disecadas, y cápsula del quiste broncogénico traccionado con pinza de Adson. D) Epitelio de tipo respiratorio tapizando la superficie del quiste (H&E 40×).

es refrendada por los 23 casos de esta enfermedad registrados en la literatura¹⁻⁵. Para el diagnóstico, la resonancia magnética nuclear (RMN) y la TAC, especialmente en su modelo multicorte, resultan imprescindibles. El diagnóstico diferencial del quiste broncogénico cervical debe plantearse respecto a quistes branquiales, tiroglosos, tímicos, tiroideos, de duplicación entérica, linfangiomas, tumores dermoides, teratomas y neuromas con la misma topografía¹. Establecido el diagnóstico, el tratamiento de elección es el quirúrgico. La presencia de sintomatología inflamatoria o séptica exige el control previo de la misma. En la elección de la vía de abordaje es mandatoria la consideración de la topografía y extensión del proceso. La exéresis completa del quiste es imprescindible. Solo de este modo se podrá conseguir la constatación diagnóstica, la exclusión de la existencia de una proliferación neoplásica⁴ y el control definitivo del proceso.

Bibliografía

1. Moz U, Gamba P, Pignatelli U, D'Addazio G, Zorzi F, Fiaccavento S, et al. Bronchogenic cysts of the neck: A rare localization and review of the literature. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2009;29:36-40.

2. Ergin M, Yeğinsu A, Celik A, Onuk Filiz N. A case of cervical bronchogenic cyst presenting with hoarseness in an adult. *Tuberk Toraks.* 2009;57:73-6.
3. Annamalai A, Shemen L, Ruiz D. An unexpected finding of a bronchogenic cyst presenting as a thyroid mass. *Head Neck Pathol.* 2011;5:416-8.
4. Calzada AP, Wu W, Salvado AR, Lai CK, Berke GS. Poorly differentiated adenocarcinoma arising from a cervical bronchial cyst. *Laryngoscope.* 2011;121:1446-8.
5. Ramírez-Camacho R, Trinidad A, Vicente J, Salas I, Roldán A, Casares C. Bronchogenic cyst in adult siblings. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;41:E51-3.

Ángel Cilleruelo Ramos^{a,*}, Yolanda Ovelar Arribas^b
y Mariano García Yuste^a

^a Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ancillera@hotmail.com (Á. Cilleruelo Ramos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.01.010>

Seudoaneurisma de Rasmussen en un paciente con antecedente de tuberculosis pulmonar



Rasmussen's Pseudoaneurysm in a Patient With a History of Pulmonary Tuberculosis

Al Editor:

Varón de 33 años, rumano, que acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de tos y hemoptisis. Refirió fiebre

de 48 horas y sudoración nocturna de 2 semanas de evolución. Como antecedente señaló una tuberculosis (TB) pulmonar tratada hacía 5 años. El paciente asociaba clínica de distrés respiratorio. Con estos datos se realizó una radiografía de tórax identificándose una opacidad alveolointerstitial bilateral. Posteriormente se efectuó una tomografía multidetector (TCMD) torácica con contraste (CIV) que mostró varias consolidaciones, algunas cavitadas, bronquiectasias extensas y una lesión redondeada bien definida de 3 cm en el segmento apical del lóbulo inferior derecho (LID) que presentaba, en fase arterial captación de contraste y en fase venosa lavado

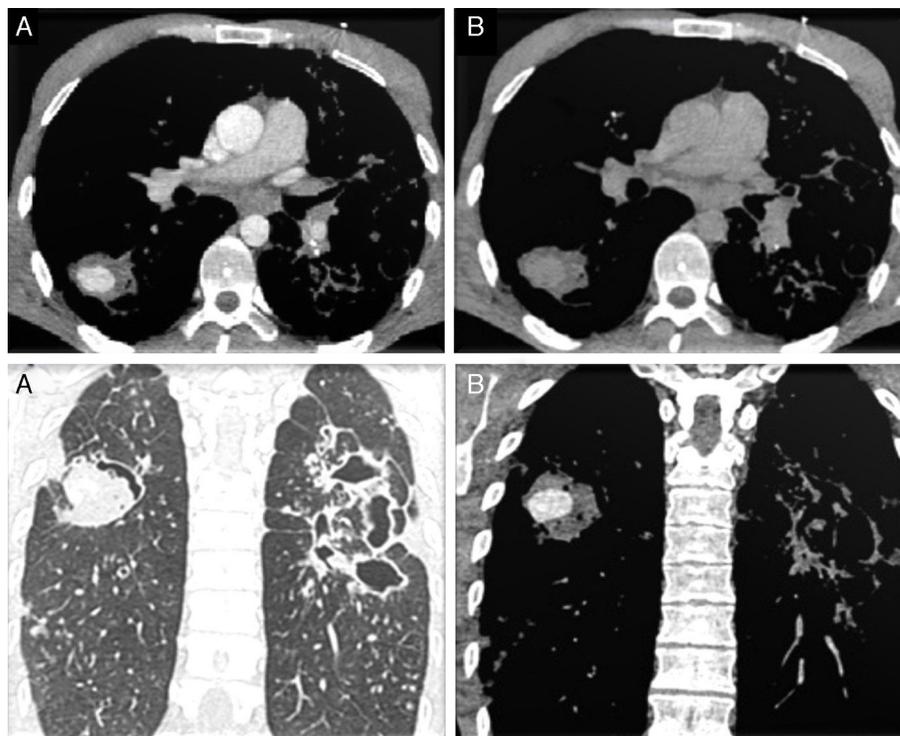


Figura 1. Cortes axiales de TC en ventana de mediastino: lesión en el LID, de bordes bien definidos, con captación de contraste en fase arterial (A superior) y lavado en fase venosa (B superior). Cortes coronales de TC en ventana de parénquima (A inferior) y en ventana de mediastino (B inferior) en fase arterial: lesión nodular captante en LID e imágenes de bronquiectasias y cavitaciones extensas en hemitórax izquierdo.