



Ciudad Sanitaria Provincial
Francisco Franco. Madrid. Servicio
de Cirugía Torácica (Prof. Dr. E.
Folqué Gómez).

QUISTES BRONCOGENICOS PULMONARES. PRESENTACION DE 4 CASOS

F. González Aragonese, C. Baamonde Laborda; L. Zapatero Renón, E. Orusco Palomino; M. Pérez Gallardo y E. Folqué.

Introducción

Bajo el término de «quiste aéreo pulmonar» se agrupan diversas afecciones de etiología y patogenia muy diversas, que presentan una expresión radiológica común y que a la vez constituye su característica fundamental: formación intraparenquimatosa, redondeada u ovalada, de contenido aéreo y paredes finas.

Tras una época en la que se aceptaba que la mayoría de los casos eran de naturaleza congénita, hoy en día se admite que la casi totalidad son de naturaleza adquirida, siendo los de origen congénito muy poco frecuentes y aun en su presencia es difícil y a veces imposible, el poder demostrar su origen disembrionárico. El estudio de cuatro casos operados en este Servicio durante los últimos cuatro años, de probada etiología congénita, constituye el motivo de la presente publicación.

Observaciones clínicas

Caso 1. Varón de 34 años. Antecedentes de catarros invernales de repetición desde la infancia. En el momento de su ingreso (V/75) presentaba fiebre y tos con abundante expectoración mucopurulenta y hemoptoica. La radiografía de tórax mostraba imagen quística pulmonar con nivel hidroaéreo en su interior (fig. 1), localizada en el 6.º segmento derecho, que se rellena de contraste en la broncografía (fig. 2). Durante la cirugía se encuentra una intensa inflamación hilar a distancia, que obliga a la práctica de una lobectomía inferior derecha. En el estudio de la pieza se encuentra

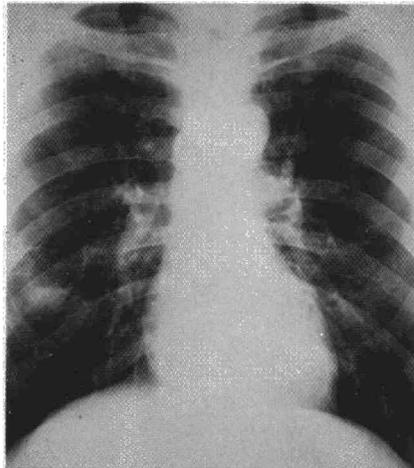


Figura 1

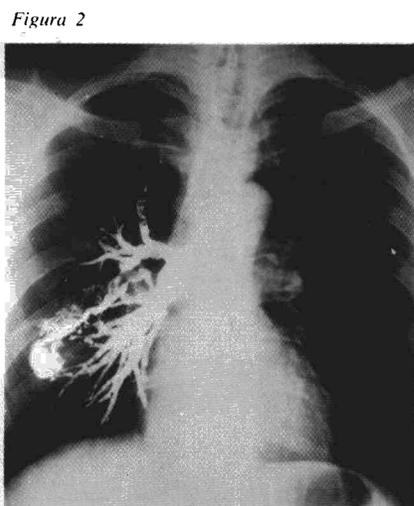


Figura 2

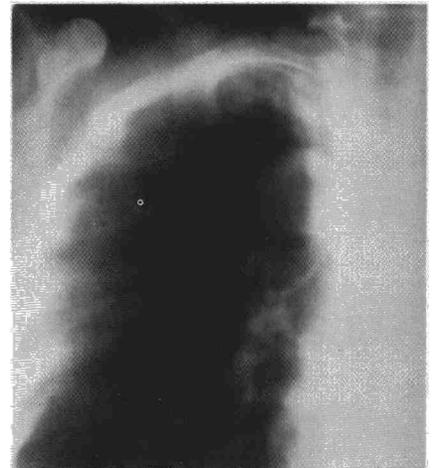


Figura 3



Figura 4

Recibido el día 2 de noviembre de 1979.

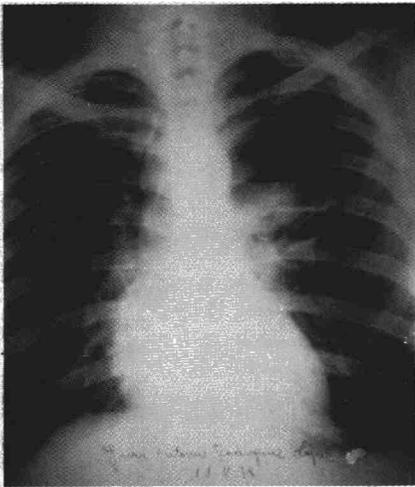


Figura 5

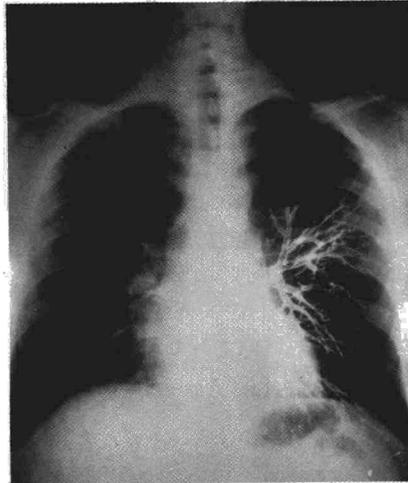


Figura 6

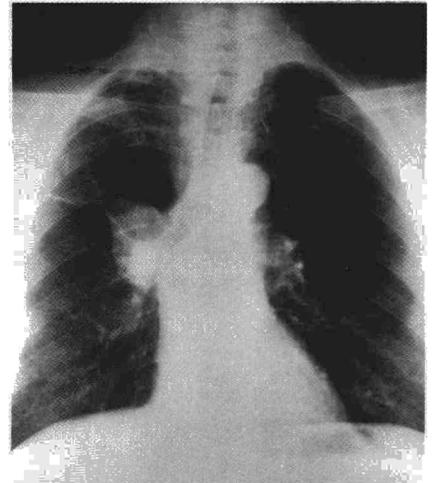


Figura 7

una cavidad de paredes finas y lisas que comunica con un bronquio subsegmentario y que histológicamente está tapizada por un epitelio cilíndrico alto y ciliado, de núcleos multiseriados, con eventuales elementos calciformes, por debajo del cual se dispone un estrato fibroso, rico en células musculares lisas, que se continúa de forma insensible con el parénquima circundante que presenta signos de compresión.

Caso 2. Varón de 15 años. Antecedentes de infección respiratoria aguda. En una exploración radiográfica de rutina, estando asintomático, le descubren una imagen quística pulmonar, con nivel hidroaéreo (fig. 3 y 4) que se localiza en el segmentario 2 derecho, la cual no se consigue rellenar durante la broncografía. Dada la inflamación que presenta, la enucleación no es posible, realizando una resección atípica (XII/75). Se demuestra la existencia de dos cavidades quísticas, de paredes lisas y grisáceas, que histológicamente están constituidas por tejido conjuntivo, tapizado por un epitelio cilíndrico ciliado, que en extensas áreas ha desaparecido. El parénquima circundante muestra infiltrados inflamatorios crónicos inespecíficos.

Caso 3. Varón de 20 años. Antecedentes de infecciones respiratorias de repetición que se remontan a los primeros meses de la vida. Estando asintomático y en una radiografía de rutina le descubren dos imágenes quísticas con nivel hidroaéreo (fig. 5), que se localizan en el segmentario apical posterior del pulmón izquierdo, no entrando el contraste en su interior durante la broncografía (fig. 6). Durante la toracotomía (X/78) la enucleación no es posible, llevando a cabo una lobectomía superior izquierda. En el estudio posterior, se comprueba la existencia de dos cavidades quísticas de paredes lisas y coloración grisácea, que histológicamente están constituidas por tejido conjuntivo, rodeado por fragmentos de cartílago hialino, músculo liso y glándulas, sin observar epitelio de revestimiento. El resto del parénquima presenta áreas de consistencia aumentada, con numerosas luces bronquiales dilatadas y ocupadas por material de aspecto mucoso, los alveolos están ocupados por material de aspecto fibrinoide y se observa un infiltrado inflamatorio inespecífico y focos de hemorragia.

Caso 4. Varón de 58 años. No antecedentes respiratorios previos. Estando asintomático y a consecuencia de un traumatismo, le descubren una imagen pulmonar en el L.S.D. de densidad homogénea (fig. 7). Tras controles periódicos durante 6 años, se realiza toracotomía (VI/79), en la que se reseca la casi totalidad de la formación quística, dejando a plano un pequeño casquete de la pared, que se apoya sobre el plano arterial del L.S.D. La cavidad es de paredes finas y compuesta por tejido conjuntivo que muestra en algunos puntos, elementos inflamatorios de carácter

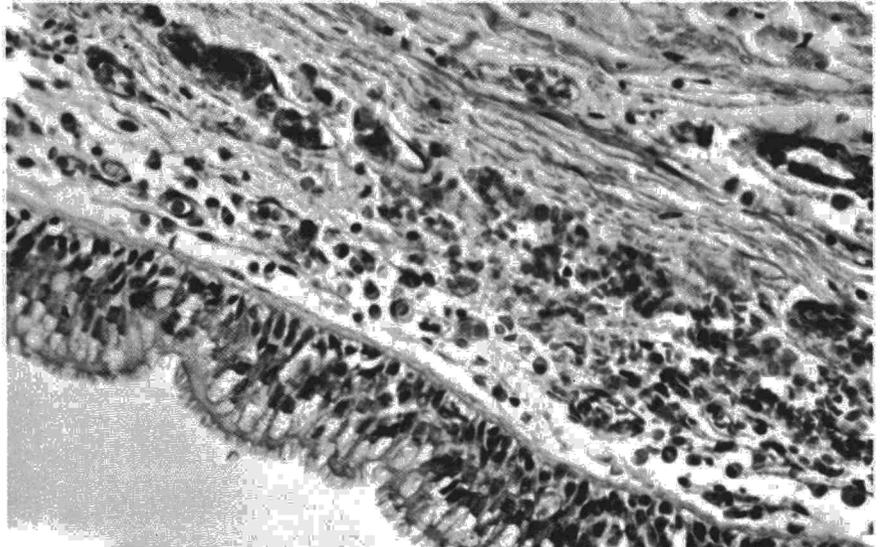
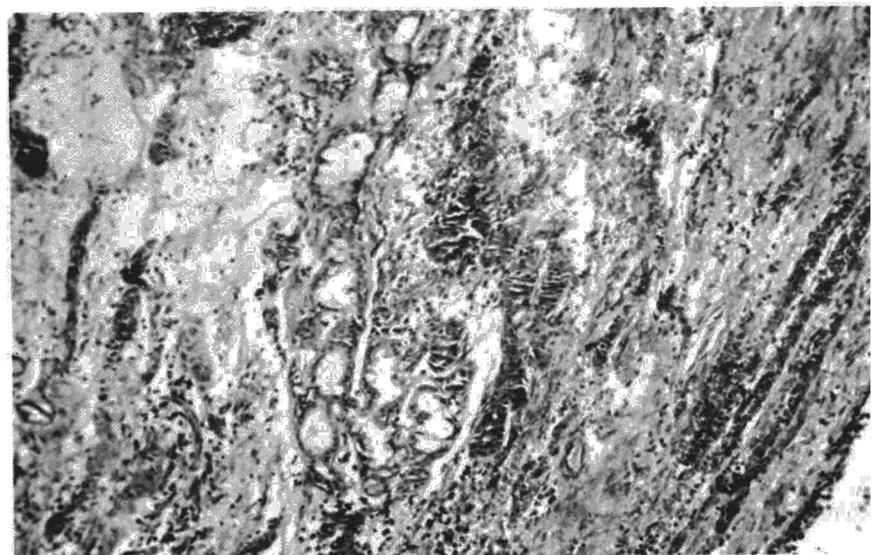


Figura 8

Figura 9



inespecífico. Superficialmente aparece cubierto por epitelio cilíndrico multiseriado de tipo respiratorio, en tanto que en la profundidad se observan glándulas mixtas de tipo bronquial, vasos arteriales de pared gruesa y fragmentos de cartilago (figs. 8 y 9)

Discusión

Brocard¹ clasifica las malformaciones pulmonares en: 1) anomalías bronco-neumo-pleurales; 2) anomalías vasculares; y 3) anomalías asociadas. En el primer grupo y entre otras, se encuentran las anomalías de la diferenciación pulmonar, donde se incluyen las: 1) hipoplasias pulmonares; 2) malformaciones quísticas adenomatoideas; 3) bronquiectasias congénitas con o sin anomalías asociadas; 4) pulmón poli-quístico y 5) quistes aéreos del pulmón.

Battesti y Abelanet² dividen los quistes aéreos en cuatro grupos: 1) quistes disembrionoplásticos; 2) bullas gigantes de enfisema; 3) neumatoceles; y 4) cavidades residuales epitelizadas. A los tres últimos grupos, Lodi³ los denomina «pseudoquistes».

Los quistes aéreos de naturaleza congénita representan una disembrionoplasia del 3-4 mes de la vida intrauterina y se cree que se deben brotes bronquiales intrapulmonares anormales, por lo que su diagnóstico sólo se podrá hacer, por definición, ante una cavidad aérea quística con revestimiento bronquial, premisa, que por otra parte, también cumplen aquellos de naturaleza adquirida, mucho más frecuentes y que en su mayoría representan cavidades residuales, epitelizadas secundariamente.

Aunque se admite su baja incidencia, no se puede negar la existencia de los quistes disembrionoplásticos, ya que han sido descritos en fetos y en recién nacidos, fuera de toda posible contaminación infecciosa.

Ante la dificultad de establecer un diagnóstico de seguridad, éste se debe apoyar en ciertos criterios, sistematizados por Franchel⁴ y de estar presentes dos o más de ellos, podemos afirmar la naturaleza congénita del proceso: 1) ausencia de antecedentes de enfermedad broncopulmonar, pero ésta puede pasar inadvertida o por el contrario, ser secundaria al propio quiste; 2) la ausencia de comunicación primitiva entre el quiste y el árbol bronquial, aboga por el origen congénito y en caso de que se produzca una apertura secundaria, ésta es de tipo tangencial o en «pico de flauta», similar a la observada en la hidatidosis pulmonar; 3) presencia de un plazo de clivaje que facilita la enucleación, pero desaparece por las infecciones intra o periquísticas;

4) desde un punto de vista histológico, la cavidad presenta un revestimiento bronquial, que se tapiza con un epitelio cilindrocúbico ciliado o mucíparo y en su pared se encuentran elementos bronquiales, del tipo cartilago, músculo liso y glándulas. Lo más frecuente es que algunos de estos elementos pueda faltar, lo que junto a la descomposición del epitelio por las infecciones repetidas dificulta extraordinariamente el diagnóstico. Las ramas de la arteria pulmonar terminan a cierta distancia de la cavidad congénita, mientras que llegan hasta ella en las adquiridas y 5) asociación con malformaciones intratorácicas o, menos frecuentes, extratorácicas.

Podría existir un factor hereditario y étnico, ya que se han descrito casos en una misma familia y son relativamente frecuentes en la raza judía. En general suelen permanecer asintomáticos y la clínica viene dada por la infección intraquística, más frecuente que la periquística, siendo muy poco frecuente la aparición de hemoptisis, derrame pleural reaccional o neumotórax. La imagen radiológica varía según haya o no infección, que engrosa la pared de la cavidad. Esta puede presentarse completamente vacía o con nivel hidroaéreo, que apunta más a una infección secundaria que a un vaciado incompleto. En el broncograma, la cavidad no suele llenarse con el contraste o lo hace con dificultad.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con los otros quistes de naturaleza adquirida, cavidades neoplásicas, quistes parasitarios, dilataciones bronquiales, cavidad empiemática con fístula broncopleural, etc., siendo un dato a valorar, que estos quistes, suelen permanecer asintomáticos y con volumen estable.

El único tratamiento es el quirúrgico, por la frecuencia de complicaciones, sobre todo de origen infeccioso. Cuando no hay infección, la quistectomía puede dar buenos resultados, con lo que se preserva la mayor cantidad posible de parénquima sano. Cuando el quiste ha presentado infecciones, el tratamiento de elección es la lobectomía reglada⁵.

En los casos presentados, aunque no son estadísticamente significativos, podemos observar que todos son varones y que el tratamiento quirúrgico definitivo se realizó antes, en aquellos que contaban antecedentes de infecciones respiratorias, 3/4 casos, aunque sólo el caso I presentaba sintomatología respiratoria en el momento de su ingreso. En ellos la radiografía mostraba nivel hidroaéreo en el interior de

la cavidad y fue necesaria la cirugía de exéresis, lobectomía² y resección atípica. Por el contrario, en el caso 4, sin antecedentes y sin clínica, el quiste se mostraba lleno, sin nivel hidroaéreo y se pudo enuclear. De forma similar, en el estudio histológico, encontramos mayor dificultad en reunir las características anatomopatológicas, en los tres casos con infecciones previas, mientras que el diagnóstico no deja lugar a dudas en el caso 4.

Resumen

El quiste aéreo pulmonar de origen congénito es mucho menos frecuente que el de naturaleza adquirida y aun en su presencia el diagnóstico puede ser difícil y a veces imposible, por lo que éste se debe apoyar en ciertos criterios, fundamentalmente histológicos. Se presentan cuatro casos de quiste aéreo disembrionoplástico, donde se comprueba que la presentación clínico-radiológica así como el cuadro histológico, están en íntima relación con la presencia o ausencia de infección de la cavidad a través de su comunicación con las vías aéreas.

Summary

PULMONARY BRONCHOGENIC CYSTS.
PRESENTATION OF FOUR CASES.

A congenital pulmonary arterial cyst is much less frequent than an acquired one and even in its presence the diagnosis can be difficult and sometimes impossible. Therefore the diagnosis should be supported by certain criteria, basically histological. The authors present four cases of dysembryoplastic aerial cysts and verify that the clinical and radiological presentation as well as the histological picture is in intimate relation with the presence or absence of infection of the cavity through its communication with the air routes.

BIBLIOGRAFIA

1. BROCARD, H.: Malformations de l'appareil respiratoire. *Encycl. med. chir. Paris, Poumon*, 4.2.06, 6000 A-50.
2. BATTISTI, J. P. y ABELANET, R.: Kystes aeriens du Poumon. *Encycl. med. chir., Paris, Poumon*, 6021 C-10, 3-1973.
3. LODI, R., BONDIOLI, A., y PALMIERI, B.: Kystes et pseudokystes pulmonaires. *Les Bronches*, 25: 208, 1975.
4. FRANCHEL, F., PESLE, G., CHEVALIER, A. y ROCHAINZAMIR, A.: Existe-t-il des kystes bronchogéniques congénitaux intrapulmonaires. *Rev. Tuberc. (Paris)*, 26: 949, 1962.
5. LINDESMITH, G. y JONES, J.: Congenital lesions of the lung. *General Thoracic Surgery*, Thomas W. Shields, Lea and Febiger, 699. Philadelphia, 1972.