

Quiste Broncogénico Parenquimatoso

* Dr. Juan José Blacut

Docente Titular de la Cátedra de Pediatría, Facultad de Medicina, Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca - Sucre - Bolivia

** Dr. Wilson Acosta Lamas

Residente Pediatría Hospital Santa Bárbara. Sucre - Bolivia

PALABRA CLAVE.-

Obstrucción bronquial. TAC y Rx de tórax

INTRODUCCIÓN.-

Los quistes broncogénicos, se originan por una ramificación anormal antes de las 16 semanas de gestación y originalmente se revisten de epitelio ciliado. Se suelen encontrar en el pulmón derecho.

El diagnóstico se puede realizar cuando el quiste aumenta de tamaño, lo que ocasiona síntomas por compresión en la vía respiratoria adyacente. Los quistes no suelen observarse en el momento del nacimiento y se hacen sintomáticos posteriormente cuando se infectan o aumentan de tamaño y comprometen la función de las vías respiratorias vecinas.

SINTOMATOLOGÍA.-

Los síntomas de presentación más frecuente incluyen: fiebre, dolor torácico, tos productiva, dificultad respiratoria.

Dada la frecuente localización central de estos quistes, la compresión de la vía aérea puede conducir a una hiperinsuflación obstructiva que con frecuencia afecta a todo un pulmón (derecho generalmente).

La presentación clínica puede simular asma, anillo vascular, o aspiración de cuerpo extraño. Algunos pacientes están totalmente asintomáticos. En niños mayores los quistes broncogénicos pueden ser diagnosticados casualmente o en caso de que se infecten.

DIAGNÓSTICO.-

Además del examen físico y los antecedentes médicos complementarios, las imágenes radiológicas y axiales representan un papel importante en el estudio. La TC tiene la capacidad de localizarlos, definir su extensión y su relación con estructuras claves, y caracterizan la densidad de su contenido, que puede ser acuoso o viscoso. Independientemente de la densidad, no se deben realzar con contraste. (ver Fig. 1 y 2)

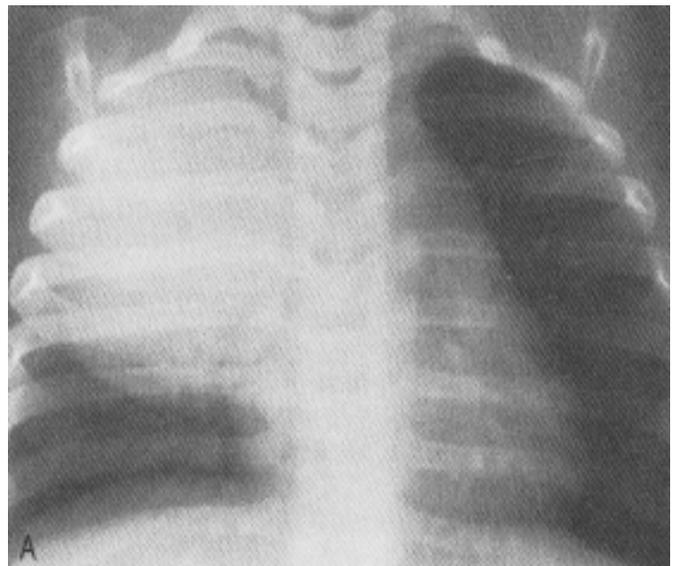


Figura 1

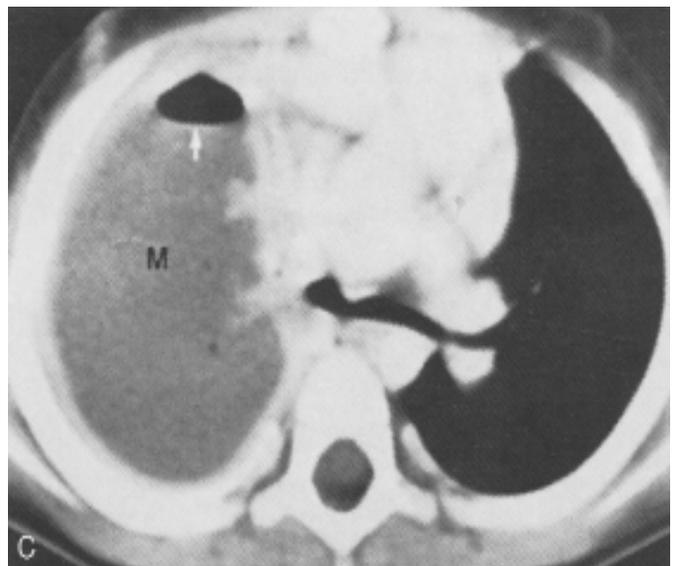


Figura 2

Los quistes complicados con infección pueden mostrar realce de pared.

TRATAMIENTO.-

El tratamiento de los quistes sintomáticos es la resección quirúrgica tras una antibioterapia adecuada.

Es posible que también se deban resecar los quistes asintomáticos descubiertos de forma incidental en una radiografía de tórax realizado por otro motivo, ya que el 75–90% se infectan.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.-

Lactante mayor de 9 meses, natural y procedente de Sucre, transferido al Servicio de UTIP del H.S.B. del Hosp. Universitario en fecha 14/09/08 por cuadro clínico caracterizado por alzas térmicas no cuantificadas, taquipnea, rechazo alimentario y accesos de tos. Medicada en el Hospital de donde es referida por cuatro días con Cloxacilina y Cefotaxima, sin buena respuesta. A su ingreso febril, taquipneica, quejumbrosa, con tiraje subcostal, disminución global de entrada de aire pulmón derecho, abdomen con hígado palpable a 3–4 cm bajo el borde costal.

A su ingreso se realizan exámenes complementarios: hemograma compatible con proceso infeccioso, gasometría compatible con alcalosis respiratoria; RX Pa de tórax: aumento de la silueta cardiaca a predominio de ventrículo izquierdo; opacificación difusa en medio de campo pulmonar derecho. Obliteración de seno costofrénico derecho, leve derrame pericárdico?

DIAGNÓSTICO.-

Insuficiencia cardiaca

Pericarditis?

Bronconeumonía

En fecha 24/09/08: TAC torácica: Sugerente de quiste Broncogénico.

El 25/09/08 se solicita valoración por cirugía infantil, cuya conclusión indica Secuestro pulmonar vs. Quiste broncogénico, por lo que se plantea tratamiento quirúrgico.

DIAGNÓSTICO DE EGRESO.-

Sepsis foco respiratorio tratado (Quiste broncogénico)

Durante su internación recibió tratamiento antibiótico con Vancomicina, Amikacina por 10 días; por mala respuesta clínica se cambia a Cefotaxidima y Rifampicina que cumple por 14 días, presentando la paciente una evolución lenta pero favorable.

En fecha 10/10/08 es dada de alta para transferencia al Hospital del Niño de la ciudad de La Paz.

DISCUSIÓN:

Si bien la clínica de un Secuestro pulmonar incluye las neumonías a repetición, es necesario hacer diagnóstico diferencial con el Quiste broncogénico mediastínico por la similitud en las imágenes de RX de Tórax y de la TC en ambos; no así con el Quiste Broncogénico Parenquimatoso, cuyas imágenes son realmente únicas. (como el presente caso clínico).

En resumen si algo ayuda es saber que el Secuestro pulmonar tiene clínica de neumonías a repetición, el Quiste broncogénico en general comprime vías aéreas y su clínica es más de obstrucción bronquial. Por lo tanto se debe recurrir a RX y TC para tener diagnóstico definitivo.

Por su parte el diagnóstico diferencial con Malformación Adenomatoides Quística es contundente con Rx de Tórax: imagen de masa quística multilocular.

BIBLIOGRAFÍA.-

1. Cruz M. Tratado de Pediatría. 9.a. ed. Barcelona, España: Editorial Océano; 2007.
2. Meneghello J. Pediatría en Diálogos. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2001.
3. Reyes A. Neumología Pediátrica. 5.a. ed. Bogotá, Colombia: Editorial Médica Panamericana; 2006.
4. Kirks D. Radiología Pediátrica. 3.a. ed. Madrid, España: Editorial Marbán; 2000.