

QUISTES BRONCOGÉNICOS DEL MEDIASTINO

F. J. López Pujol.

Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Reina Sofía. Córdoba.

Esta malformación congénita del árbol traqueobronquial es, relativamente, poco frecuente representando entre el 4 y el 10% de los tumores del mediastino.

La actitud diagnóstico terapéutica ante los quistes simples del mediastino ha cambiado radicalmente en las últimas décadas. Este cambio se debe fundamentalmente a dos hechos.

En primer lugar, a los avances en los métodos de imagen que se desarrollan en progresión geométrica y, en segundo lugar, a las habilidades adquiridas con la cirugía video-asistida (VATS) que han reducido la necesidad de toracotomías para el tratamiento de esta patología.

En este número de NEUMOSUR, Jiménez Merchán presenta su experiencia de resección transtoracoscópica en 7 casos de quiste broncogénicos (QB), con buenos resultados. Como otros autores¹, aboga por el tratamiento quirúrgico en todas las ocasiones. En general, este pensamiento se apoya en cuatro argumentos. El primero de ellos es histológico, puesto que se dice que estos QB pueden sufrir una degeneración maligna y, además, el diagnóstico definitivo sólo puede establecerse tras la resección. En segundo lugar, se aventura la posibilidad de futuras complicaciones, aún siendo asintomáticos en su presentación. Como tercer argumento se aduce la desaparición de los síntomas tras la cirugía y, por último, se documenta la escasa morbilidad postoperatoria.

En lo que se refiere a la degeneración maligna de los QB, Marchevsky y Bolton³ lo cuestionan, puesto que la transformación maligna de los componentes epiteliales de un QB no ha sido descrita. Al argumento del diagnóstico definitivo se puede contestar que, gracias a la TAC, la RNM y la ultrasonografía endoscópica (EUS), se puede diagnosticar un verdadero quiste simple (pared

y contenido). En los casos de duda, la PET podría ser de ayuda.

En cuanto a la posibilidad de futuras complicaciones de un QB asintomático, a diferencia de los QB parenquimatosos, sólo el 30% de los mediastínicos refieren síntomas⁴.

La correlación entre la sintomatología de presentación y la existencia de un quiste no puede establecerse salvo en los casos de compresión de estructuras vitales, infección o tamaño suficiente que produzca en el paciente la sensación de “tener algo dentro del pecho”. Esta reflexión debe cuestionarse en la patología infantil, puesto que por la mayor elasticidad de las estructuras en esta edad, los síntomas suelen ser más llamativos y sí pueden correlacionarse, ocasionando incluso situaciones de riesgo vital⁵.

La mayoría de las series quirúrgicas afirman que no existe morbilidad mayor ni mortalidad en la cirugía de los QB. Sólo se recoge un caso de mortalidad postoperatoria en la serie de Ribet⁶, con 69 casos intervenidos, aunque refiere una morbilidad del 13,4%, si bien 67 de los 69 fueron intervenidos por toracotomía estándar.

Desde los años 90, con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva, aparecen cada vez más series de QB intervenidos por vía transtoracoscópica. Todos los autores se apoyan en la existencia de menor dolor postoperatorio, menor número de complicaciones pulmonares, menor estancia hospitalaria y mejores resultados estéticos⁷. Sin embargo, aparecen índices de reconversión a cirugía abierta que oscilan entre el 7 y el 12%.

Aún así, parece que en la actualidad, cuando se siente la indicación quirúrgica de un QB, la primera opción debe ser la resección transtoracoscópica.

En resumen, el diagnóstico de los quistes simples del mediastino es, hoy en día, mucho más asequible

Recibido: 18 de noviembre de 2003. Aceptado: 20 de noviembre de 2003.

Correspondencia:
Dr. Francisco Javier López Pujol
Hospital Reina Sofía
Servicio Cirugía Torácica
Av. Menéndez Pidal, s/n
14004 Córdoba

gracias al desarrollo de los métodos de imagen como la TAC, RNM, EUS e incluso la PET.

La indicación quirúrgica no se discute en los neonatos y en la edad infantil, así como en todos los quistes sintomáticos. Se plantean ciertas dudas en los casos de hallazgo casual en pacientes asintomáticos.

En estas circunstancias, caben dos actitudes: el seguimiento, que no tiene porque ser demasiado fre-

cuente, o bien la resección del quiste para prevenir posibles complicaciones futuras. Todo esto necesita de un diálogo pormenorizado y sincero entre el paciente y su cirujano.

Una vez sentada la intervención, la primera opción debe ser la resección transtoracoscópica. Si aparecen dificultades técnicas, no se debe tardar en reconvertir este acceso en cirugía abierta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Takeda S, Miyoshi S, Minami M, Ohta M, Masaka A, Matsuda H. Clinical spectrum of mediastinal cysts. *Chest* 2003; 124, 1: 125-132.
2. Marchevsky AM, Kaneko M. *Surgical pathology of the mediastinum*. New York, NY: Raven Press, 1984; 221.
3. Bolton JWR, Shahian DM. Asymptomatic bronchogenic cysts: what is the best management? *Ann Thorac Surg* 1992; 53: 1134-1137.
4. St Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg*. 1991; 52: 6-13.
5. Ponn RB. Simple mediastinal cysts. Resect them all? *Chest* 2003, 124,1: Editorial.
6. Ribet ME, Copin MC, Gosselin B. Bronchogenic cysts of the mediastinum. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1995; 109,5: 1003-1010.
7. Hazelrigg SR, Landreneau RJ, Mack MJ, Acuff TE. Thoracoscopic resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg* 1993; 56,3: 659-660.