PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN QUISTE BRONCOGÉNICO

L. Lamrini H. Laarbi, B. Jiménez Rodríguez, R. De los Santos López.

Servicio de Neumología. H. U. Virgen de las Nieves, Granada

Sr. Director:

Las tumoraciones mediastínicas constituyen entidades de diversa etiología, tanto de naturaleza benigna como maligna, congénitas o adquiridas. No es infrecuente que sean un hallazgo casual en pruebas de imagen. Es difícil estimar la prevalencia de los quistes mediastínicos, puesto que los pacientes pueden permanecer asintomáticos durante toda su vida[1].

Presentamos el caso de una paciente de 34 años, nunca fumadora ni con antecedentes neumológicos o epidemiológicos de interés, y maestra de profesión. Ingresa en planta de Neumología por hallazgo incidental de imagen mediastínica paracardial izquierda en radiografía de tórax, realizada con motivo de cuadro clínico de 3 semanas de evolución de tos, con expectoración mucoide escasa, autoescucha de sibilancias y fiebre de hasta 38ºC durante los primeros días. En todo momento niega disnea, dolor torácico, hemoptisis, sudoración o disfagia, aunque sí refiere pérdida ponderal de 14 kg, tras parto natural, 15 meses atrás. En cuanto a la exploración física, ésta resulta anodina, sin datos que sugieran compromiso respiratorio y sin palparse adenopatías. La auscultación cardiorrespiratoria fue normal, así como sus constantes. En las pruebas complementarias solicitadas, destaca leucocitosis con escasa neutrofilia y elevación del marcador tumoral CA 19.9, encontrándose el resto de los parámetros analíticos dentro de los valores de referencia, incluídos la alfa-fetoproteína y la beta-HCG. La serología a hidatidosis fue negativa, así como el cultivo de esputo y la baciloscopia.

Se realiza TAC de tórax, con los siguientes hallazgos: a nivel de mediastino antero-superior y medio, en situación paracardíaca izquierda, lesión quística ovoide de contenido homogéneo, que no capta contraste, de 78 x 72 x 67 mm, bien delimitada y con pared fina calcificada que contacta con la pleura y, en menor medida, con el pericardio. Dicha masa no condiciona desplazamiento significativo de bronquios o vasos principales. No se visualizan adenopatías de tamaño significativo en mediastino e hilios. En parénquima pulmonar izquierdo se aprecian infiltrados micronodulares centroacinares tenues pseudonodulares y en "árbol en brote", dispersos y periféricos, visualizándose también algunos en pulmón contralateral, sugerentes de etiología inflamatorio-infecciosa (figura 1). Posteriormente, se decide realización de ecocardiografía, a fin de descartar compromiso cardiológico por contigüidad, resultando normal.

A la semana del ingreso, la paciente, encontrándose asintomática, es dada de alta, remitiéndose al servicio de Cirugía Torácica, donde se decide realizar toracotomía lateral izquierda, resecando la tumoración quística del mediastino, siendo los hallazgos macroscópicos de la pieza quirúrgica los siguientes: pieza de quistectomía, de coloración parduzca, con áreas pardo-blanquecinas, con medidas de 9,5 x 8 x 8,5 cm; al corte, la pared presenta áreas rígidas, de aspecto calcificado, siendo la biopsia compatible con quiste broncogénico.

Los quistes mediastínicos representan en torno al 20% de las masas del mediastino medio, siendo los quistes broncogénicos los más frecuentes (50 - 60% de los quistes), a pesar de su rareza. Se suelen presentar como una masa esférica, única y unilocular, con membrana lisa y fina recubierta por epitelio respiratorio. La mayoría son asintomáticos, aunque si se dejan a su libre evolución pueden producir síntomas, como dolor torácico retroesternal, disnea, disfagia o síntomas sistémicos, o bien pueden dar lugar a complicaciones (fistulización, hemorragias, infección, rotura,…). Con mayor frecuencia, se localizan en mediastino medio, en el lado derecho y es muy inusual

Recibido: 23 de marzo de 2015. Aceptado: 4 de julio de 2015.

Lyam Lamrini H. Laarbi
lyammed@hotmail.com

que aparezcan calcificados y en la ubicación del caso presentado[1]. Por ello, en un principio, se planteó el diagnóstico diferencial con el quiste pleuropericárdico (de localización habitual en el seno costofrénico derecho), con el teratoma quístico o el quiste hidatídico, siendo la calcificación más común en los dos últimos[2].

En cuanto a los quistes hidatídicos, han de tenerse en cuenta en zonas endémicas, si bien la presentación en mediastino es inusual, y cuando se presentan en el mismo, suele ser en el mediastino posterior y, a veces, dan lugar a eosinofilia en el hemograma[3]. Como tratamiento, en la actualidad, se prefiere la cirugía, aunque se sospeche benignidad o el paciente se encuentre asintomático, a fin de obviar las potenciales complicaciones, su eventual malignización u obtener un diagnóstico definitivo. Se reserva la actitud expectante, mediante observación, para casos con riesgo quirúrgico o que rechacen la intervención[4, 5].

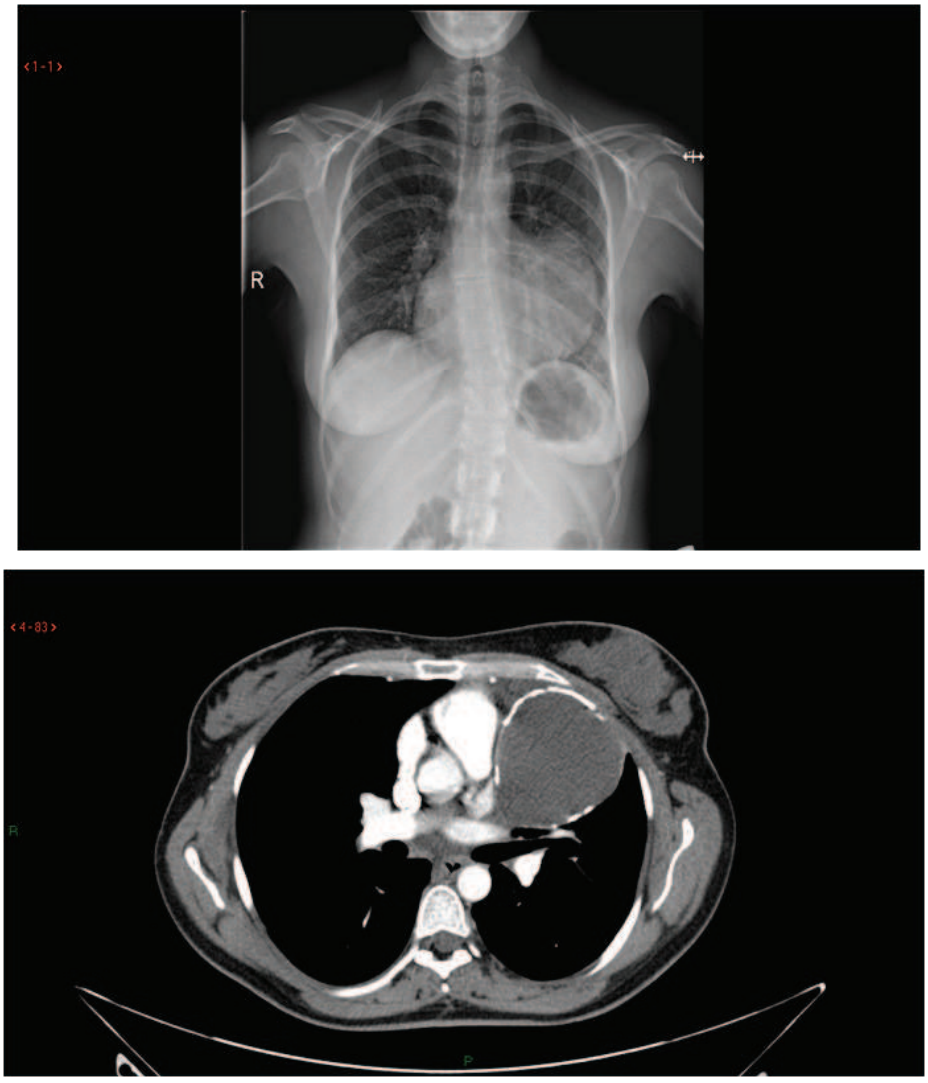

Figura 1. Arriba, imagen de Rx de tórax posteroanterior, en la que se observa masa mediastínica izquierda.
Abajo, corte axial de TAC de tórax (ventana de mediastino), que muestra lesión quística paracardíaca izquierda, con pared calcificada

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel SR, Meeker DP, Biscotti CV et al. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. Chest 1994; 106 (1): 79-85.
2. Takeda S, Miyoshi S, Minami M et al. Clinical spectrum of mediastinal cysts. Chest 2003; 124 (1): 125-32.
3. Heras F, Ramos G, Duque JL et al. Quistes hidatídicos de mediastino: 8 casos. Arch Bronconeumol 2000; 36 (4): 221-24.
4. Wychulis AR, Payne WS, Clagett OT et al. Surgical treatment of mediastinal tumors: a 40 year experience. J Thorac Cardiovasc Surg 1971; 62 (3): 379-92.
5. Gürsoy S, Ozturk A, Ucvet A et al. Lesiones quísticas primarias y benignas del mediastino en el adulto: espectro clínico y tratamiento quirúrgico. Arch Bronconeumol. 2009; 45 (8): 371-75.