

Quiste broncogénico en el periodo neonatal

BRONCHOGENIC CYST IN NEONATAL PERIOD

MARÍA PARDO VILAFRANCA*, JOSÉ TANTALEÁN DA FIENO**,
ENEIDA MELGAR HUMALA***

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un neonato de sexo femenino que llega a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por dificultad respiratoria progresiva por un quiste torácico congénito. Se revisa las complicaciones, el diagnóstico diferencial y el manejo del quiste broncogénico.

Palabras clave: Quiste broncogénico, neonatal.

ABSTRACT

A case report of a female newborn admitted to Pediatric Intensive Care Unit for progressive difficult breathing due to congenital chest cyst is present. Complications, differential diagnosis and treatment of bronchogenic cyst is revisited.

Keywords: Bronchogenic cyst, neonatal, clinic case.

Neonato de sexo femenino, producto de madre primigesta, con control prenatal adecuado, sin interurrencias durante la gestación. Nacida de parto eutócico, institucional (Instituto Materno Perinatal), con llanto inmediato al nacer, sin complicaciones neonatales. Alta conjunta al tercer día.

Fue evaluada en dos oportunidades, a los 10 y 11 días de edad, por tos y “ronquera de

pecho”, sin indicación de medicación. A los 15 días fue nuevamente evaluada por los mismos síntomas, se diagnostica “bronquitis” y se indica penicilina intramuscular. Al día siguiente los síntomas se incrementaron, presentando dificultad para respirar con movilización de secreciones respiratorias por lo que fue nebulizada, y luego, por cianosis y persistencia de dificultad respiratoria fue hospitalizada. Negó fiebre o pobre succión.

En el examen de emergencia: FC= 150 lpm FR= 48 rpm T°= 37°C. Despierta, irritable, con cianosis en lechos ungueales y oral al llanto, tirajes intercostales, subcostales y supraclaviculares, sibilantes espiratorios y espiración prolongada, taquicardia, no soplos cardiacos audibles. A los 20 minutos del ingreso presentó convulsión mioclónica generalizada que cedió con midazolam. Al persistir con dificultad respiratoria fue transferida a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) tres horas después.

En la UCI fue intubada y conectada al ventilador mecánico. Se inició tratamiento con cefotaxima, furosemida, midazolam, fentanilo y aminofilina. En la radiografía de tórax se apreció opacidad paratraqueal derecha y desviación del mediastino ipsilateral, compatible con atelectasia (Figura 1). Presentó 5 episodios de cianosis y bradicardia durante las primeras 72 horas de admisión, que responden a maniobras de ventilación a presión positiva (VPP). En una ocasión presentó paro cardiorrespiratorio, con respuesta a masaje cardíaco y VPP con bolsa de reanimación y reservorio. Se sospechó en Hipertensión Pulmonar Persistente (HTP), cursó con hiperglicemia, acidosis metabólica e hiperbilirubinemia (BD= 1,33 mg/dl;

* Médico Pediatra. Hospital Cayetano Heredia. Piura.

** Médico Pediatra. Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Especializado de Salud del Niño.

*** Jefa del Servicio de Cirugía de Tórax. Instituto Especializado de salud del Niño.



Figura 1. Opacidad paratraqueal derecha y desviación del mediastino ipsilateral, compatible con atelectasia.

BI=11,51 mg/dl). Posteriormente se apreció edema en esclavina.

La ecocardiografía no mostró patología cardíaca, excepto por moderada HTP. Se amplió la ecografía, apreciándose una imagen quística no vascular a nivel cervical que impedía visualización del cayado aórtico. Con esta información se realizó TAC tóraco-cervical helicoidal, apreciándose un quiste de 2,5 cm. de diámetro en mediastino superior y posterior y atelectasia del lóbulo superior derecho por compresión extrínseca (Figura 2). Se programó para cirugía.

Se realizó toracotomía y quistectomía el día 11 de hospitalización (quiste sacular en el vértice de hemitórax izquierdo en relación con carótida izquierda, posteriormente con esófago y anteriormente con la aorta; de contenido mucinoso, transparente, de 5 x 4 cm de diámetro). Quedó con drenaje torácico. El informe de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste broncogénico (QB).

Evolucionó favorablemente sin episodios de cianosis y mejoría progresiva de la dificultad respiratoria, retirándose del ventilador y el dren torácico sin complicaciones. Al día 20 de hospitalización se le dió de alta en buen estado, con hemograma y bioquímica sanguínea sin alteraciones.

DISCUSIÓN

Los quistes broncogénicos, a pesar de ser malformaciones congénitas raras, representan las lesiones quísticas mediastinales más frecuentes (1). La mayoría han sido reportada en sujetos mayores de 15 años (1-4). El estudio más reciente en niños, hasta el año 2001, refiere que sólo algo más de 50 casos han sido descritos a este grupo etáreo (5). Realizando una búsqueda de casos reportados, encontramos sólo 9 casos en neonatos (6-15).

Los síntomas dependen de la edad en la que se manifiestan. En adultos el dolor torácico y la tos son los más frecuentes, mientras que en infantes los síntomas son usualmente debidos a compresión de vía aérea o esófago con dificultad respiratoria (1,4,16). Los adultos y niños mayores tienden a ser menos sintomáticos que los infantes (17). El compromiso clínico en niños mayores y adultos parece estar en relación al tipo de QB. Los mediastinales, que corresponden al 85% de casos, son generalmente asintomáticos, dado que no se comunican con el árbol bronquial, mientras que los intrapulmonares (15%) pueden comunicarse con el árbol traqueobronquial y producir síntomas, como infecciones recurrentes (18). Se han descrito presentaciones atípicas del QB: atresia bronquial (19), simulando aneurisma

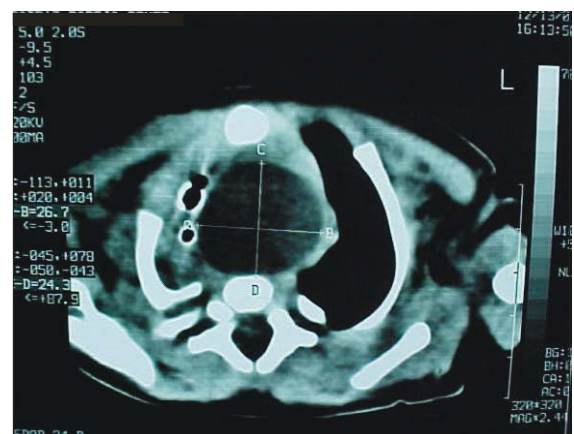


Figura 2. Quiste de 2,5 cm. de diámetro en mediastino superior y posterior y atelectasia del lóbulo superior derecho por compresión extrínseca.

traumático de aorta (20) y como embolismo aéreo durante un vuelo en avión (21). También, al igual que en nuestro caso, se ha descrito síndrome de vena cava superior en adultos por compresión vascular (1).

El diagnóstico presuntivo se realiza, en el niño sintomático, con radiografía de tórax hasta en 2/3 de los casos (18), que puede mostrar una imagen quística intratorácica. La tomografía o resonancia magnética ayudan a definir mejor la zona de localización, y sirve como dato preoperatorio (1). Se ha usado la aspiración transbronquial del quiste con aguja en adultos que rechazaron la cirugía para confirmar el diagnóstico (22). Sin embargo, la cirugía sigue siendo el método definitivo de diagnóstico del QB.(23).

Los QB aparecen debido a anomalías congénitas en el desarrollo del árbol traqueobronquial y del intestino primitivo, entre los días 26 y 40 de vida intrauterina (20,23). Aún cuando se ha planteado la simple observación, la mayoría de autores recomienda el tratamiento quirúrgico, tanto en los pacientes con síntomas como en los asintomáticos (1). Ello se debe a que la evolución es impredecible y pueden desarrollarse complicaciones severas hasta en un 26% de los casos, como infección, hemorragia, disfagia y adenocarcinoma (1,24). Como alternativas terapéuticas se han descrito la escleroterapia (17) y la resección toracoscópica (25).

El motivo de la presentación de este caso es el reconocimiento clínico de una entidad rara en neonatos como causa de dificultad respiratoria, así como llamar la atención sobre las características clínicas peculiares que este paciente manifestó.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cataletto M. Bronchogenic cyst. <http://www.emedicine.com/ped/topic2623.htm>. Accedido el 23 de Agosto 2005.
2. Bailey P, Tracy Jr T, Connors R, De Mello D, Lewis J, Weber T. Congenital bronchopulmonary malformations.

Diagnostic and therapeutic considerations. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1990;99:597-602.

3. St Georges R, Deslauriers J, Duranceau A, Vaillancourt R, Descamps C, Beauchamp G, et al. Clinical spectrum of bronchogenic cysts of the mediastinum and lung in the adult. *Ann Thorac Surg.* 1991;52:6-13.
4. Patel S, Meeker D, Biscotti C, Kirby T, Rice T. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest.* 1994;108:79-85.
5. Pujary K, Pujary P, Shetty R, Hazarika P, Rao L. Congenital cervical bronchogenic cyst. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57:145-8.
6. R. Ghildiyal, S. Dalwai, M. Agorruval L. Congenital Bronchogenic Cyst. <http://www.bhj.org/journal1997/3901-jan/case-toc.htm>. Accedido el 23 de Agosto 2005.
7. Griscom N, Harris G, Wohl M, Vawter G, Eraklis A. Fluid fill lung due to airway obstruction in the newborn. *Pediatrics.* 1969;43:383-90.
8. Al-Bassam A, Al-Rabeeh A, Al Nassar S, Al-Mobaireek K, Al-Rawat A, Banjer Al-Mogari. Congenital cystic disease of the lung in infants and children (experience with 57 cases). *Eur J Pediatr Surg.* 1999;9:364-8.
9. Okur H, Kucukaydin M, Ozturk A, Balkanli S, Bozkurt A. Giant bronchogenic cyst presenting as a lobar emphysema in a newborn. *Ann Thorac Surg.* 1996;62:276-8.
10. Hyashi A, McLean D, Peliowski A, Tierney A, Finer N. A rare intrapericardial mass in a neonate. *J Pediatr Surg.* 1992;27:1361-3.
11. Lazar R, Younis R, Bassila M. Bronchogenic cyst: a cause of stridor in the neonate. *Am J Otolaryngol.* 1991;3:117-21.
12. Rudas G, Kadar K. Neonatal bronchogenic cyst diagnosed by ultrasound. *Orv Hetil.* 1989;130:13-5.
13. Richard O, Teyssier G, Rayet I, Chavrier Y, Girerd J. Bronchogenic cyst compressing the trachea, an unusual cause of the neonatal respiratory distress. *Pediatric.* 1998;43:521-3.
14. Marandian M, Kouranlou J, Rahani R, Lessani M. Giant bronchogenic cyst in a newborn infant. *Pediatric.* 1987;42:87-9.
15. Dembinski J, Kaminski M, Schild R, Kuhl C, Hansman M, Bartman P. Congenital intrapulmonary bronchogenic cyst in the neonate-perinatal management. *AM J Perinatol.* 1999;16:509-14.
16. Takeda S, Miyoshi S, Inoue M, Omori K, Okomura M, Yoon H, et al. Clinical spectrum of the congenital cystic disease of the lung in children. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999;15:11-7.
17. Lee M, Yamamoto L. Recurrent wheezing in an infant. *Radiology cases in Pediatric Emergency Medicine.* 16:case 17.1996.
18. Aideyan U. Bronchogenic cysts. In: *Children's Virtual Hospital. University of Iowa.* <http://www.vh.org/Providers/Lectures/PedsChest/09BronchogenicCyst.html>. Accedido el 23 de Agosto 2005.
19. González C, Fernández F, Inchaurreaga I, Marín M, Domingo M, Blanquer R. Enfisema lobar por atresia

- bronquial asociada a quiste broncogénico. *An Med Interna*. 2000;17:543-5.
20. Tihista J, Corchón C, Anguiano P, Antón C, Lobe J, Agudo O. Bronchogenic cyst simulating traumatic aneurysm of the aorta. Servicio de Salud Intensiva Hospital Navarra Pamplona. Servicio de Radiología. 2001. <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/textos13/notas.html>. Accedido el 23 de Agosto 2005.
 21. Zaugg M, Kaplan V, Widmer U, Baumann P, Russi E. Fatal air embolism in an airplane passenger with a giant intrapulmonary bronchogenic cyst. *Am J Respir Crit Care Med*. 1998;157:1686-9.
 22. Schwartz D, Beals T, Wimbish K, Hammersley J. Transbronchial fine needle aspiration of bronchogenic cysts. *Chest*. 1985;88:573-5.
 23. Cioffi U, Bonavina L, De Simone M, Santambrogio L, Pavón G, Testori A, et al. Presentation and surgical management of bronchogenic and esophageal duplication cysts in adults. *Chest*. 1998;113:1492-6.
 24. Suen H, Mathisen D, Grillo H, LeBlanc J, McLoud T, Moncure A, et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cysts. *Ann Thorac Surg*. 1993;55:476-81.
 25. Hazelrigg S, Landreneau R, Mack M, Acuff T: Thoracoscopic resection of mediastinal cysts. *Ann Thorac Surg*. 1993;56:659-60.

Correspondencia:
Dr. José Tantalean Dafieno
Email: tantaleanjose@hotmail.com