

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "C" del Prof. P. Larghero Ybarz

DOS CASOS DE QUISTE BRONCOGENO (*)

Dres. J. Pradines y W. Venturino

Presentamos estos dos casos, teniendo en cuenta el interés que ofrecen desde distintos puntos de vista. En primer lugar por la serie de consideraciones diagnósticas que trae aparejada la comprobación de una imagen radiológica mediastinal o yuxta mediastinal; en segundo lugar por la relativa rareza de los quistes broncógenos (2 casos entre las 19.000 piezas de laboratorio de Patología del Prof. Larghero); luego por la posibilidad de complicaciones que pueden originar los mismos, tales como compresiones de vecindad, procesos inflamatorios, posibles transformaciones malignas, etc., y en cuarto término por la terapéutica a realizar frente a ellos, que siempre será quirúrgica, salvo alguna contra - indicación especial.

PRIMER CASO. — Observ. N° 9871. E. O., mujer de 50 años, que vive en esta ciudad desde hace diez. En el año 1950 sufre moderado trauma de tórax por lo que concurre al H. Maciel.

El estudio radiográfico realizado con ese motivo muestra una imagen redondeada, pequeña, mediastinal. Evoluciona bien desde el punto de vista traumático. Se controla semestralmente a rayos, pudiéndose comprobar que el nódulo descubierto tiene ligera tendencia a crecer. No acusa ningún trastorno de orden local ni general. Vista por uno de nosotros en el año 1952, se efectúan entonces las radiografías y tomografías que aquí mostramos (fig. 1 y 2). Los exámenes complementarios de rutina, biológicos buscando el quiste hidático, así como la broncoscopia, fueron negativos.

Con el diagnóstico de neoformación mediastinal, de naturaleza inde-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 19 de octubre de 1955.

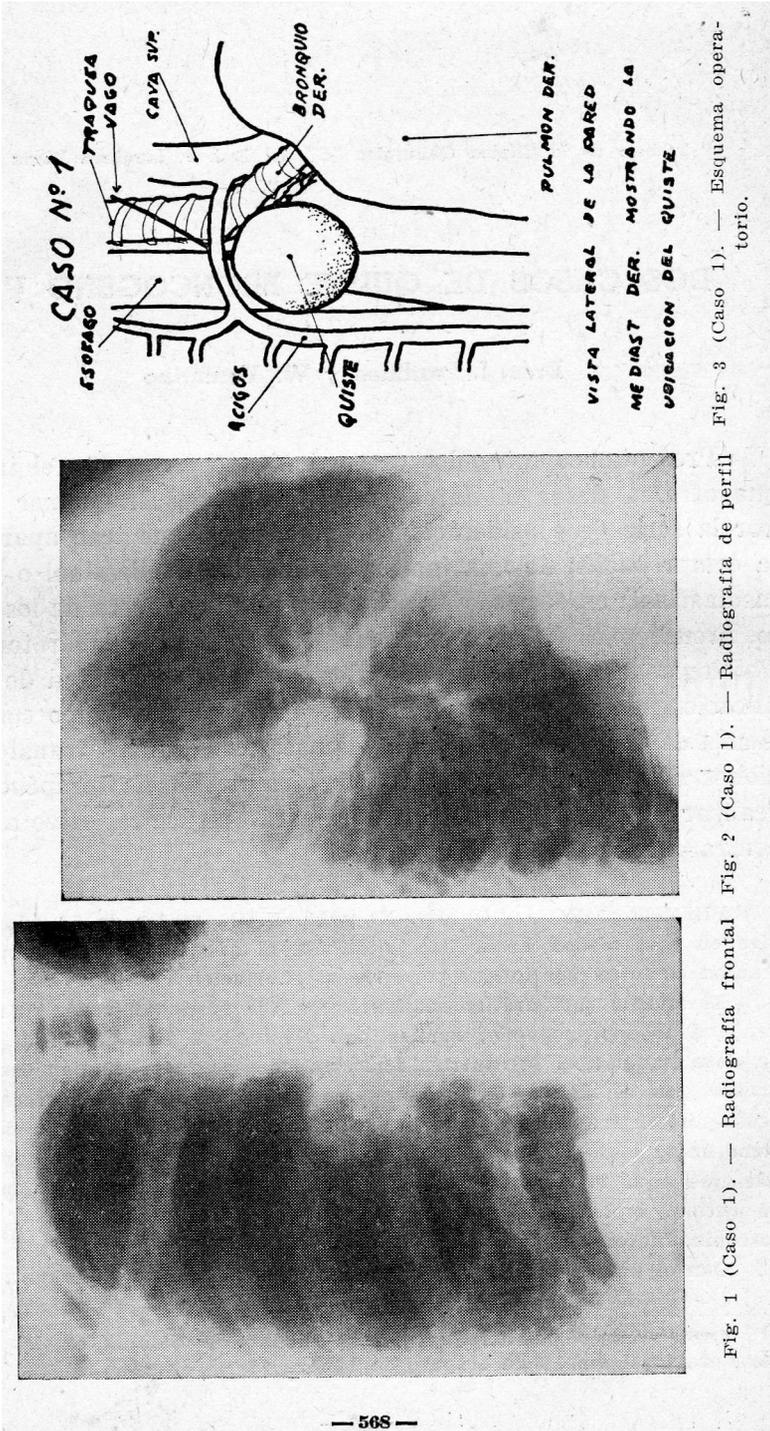


Fig. 1 (Caso 1). — Radiografía frontal Fig. 2 (Caso 1). — Radiografía de perfil Fig. 3 (Caso 1). — Esquema operatorio.

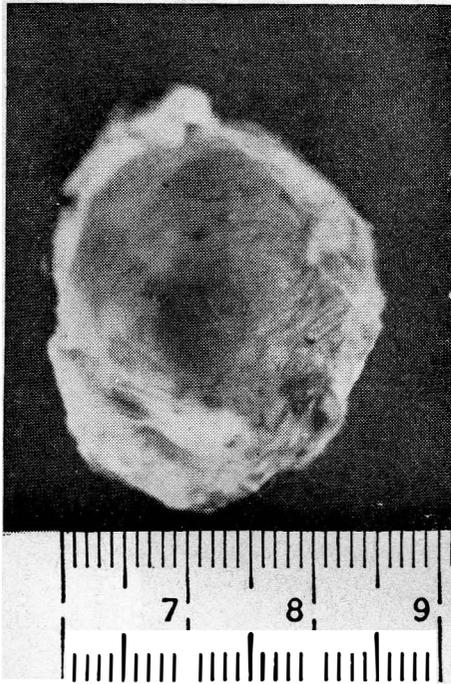


Fig. 4 (Caso 1). — Fotografía de la

Fig. 5 (Caso 1). — Microfotografía de la pared del quiste.

terminada, se realiza toracotomía derecha con el doble fin de precisar la etiología y realizar la terapéutica correspondiente.

Intervención (Prof. Larghero. 5 - VI. - 52). — Tumoración quística, mediastinal, retrobrónquica, íntimamente fijada a la parte posterior del bronquio principal derecho, la que se estirpa en su totalidad.

El esquema operatorio da una mejor idea de la situación anatómica de la formación quística (fig. 3).

El post-operatorio fue bueno, entrecortado por crisis disneicas de difícil interpretación que desaparecen progresivamente.

Vista en abril de 1935, se comprueba que su estado es satisfactorio.

SEGUNDO CASO. — Observ. N° 10938. — E.A. Niña de 6 años, procedente de Artigas. Hace nueve meses, comprobación fortuita en un Dispensario de la capital, de sombra nodular - yuxta mediastinal que al parecer fue interpretada como una adenopatía bacilar.

Comprobada últimamente la persistencia de la misma imagen por médico de Artigas, es enviada por éste al Servicio del Profesor Purriel para su estudio. De los exámenes realizados allí, sólo se destaca una eosinofilia de 12 % que se interpreta como secundaria a una parasitosis in-

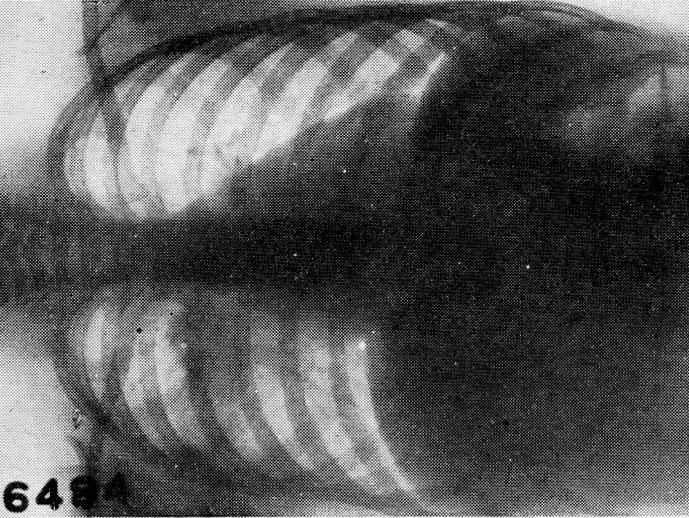


Fig. 6 (Caso 2). — Radiografía frontal

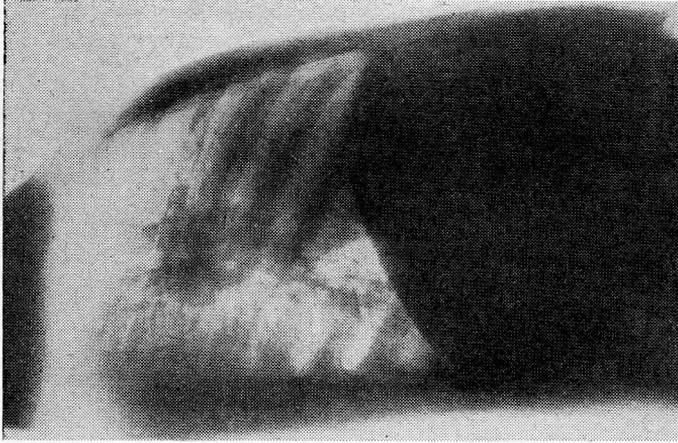
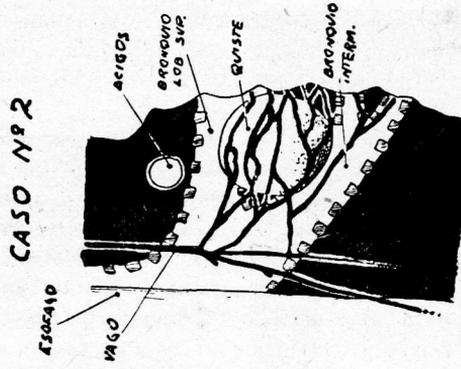


Fig. 7 (Caso 2). — Radiografía de perfil



VISTA POST DEL PEQUEÑO PULMONAR
DERECHO MOSTRANDO LA SITUACION
DEL QUISTE

Fig. 8 (Caso 2). — Esquema
operatorio.

testinal; alergia tuberculínica negativa e investigaciones hidáticas negativas. El estudio radiológico mostró imagen nodular, densa, homogénea, situada a nivel del hilio derecho, tanto en el frente como en el perfil. (Fig. 6 y 7).

Por la negatividad de todos los otros exámenes, por la persistencia incambiada de la imagen durante 9 meses y porque los quistes hidáticos hiliares son raros, se piensa en la posibilidad de un quiste broncogénico a localización hilar, considerándose menos probable otras tumoraciones benignas. Se practica toracotomía (Prof. Larghero), el 28 - VI - 1953, comprobándose una masa quística, intra pulmonar del tamaño de 4 por 3 cm., situada y alojada en la bifurcación del bronquio del lóbulo inferior y del bronquio intermediario, muy adherida a este último y en estrecha relación con la arteria pulmonar del lóbulo superior y con un ganglio hilar (fig. 8). Se extirpa totalmente la masa, que se abre durante las maniobras de liberación dando salida a sustancia cremoso-filante. Post operatorio satisfactorio.

La *anatomía patológica* de los dos casos muestra:

Primer caso.

Tumoración quística ovoidea de unos cuatro cms. de diámetro con restos de contenido cremoso filante adherido a sus paredes. Pared fina, traslúcida, surcada por numerosos elementos vasculares arteriales y venosos. Superficie interna lisa, con algunas anfractuosidades. (Fig. 4).

El examen microscópico de diversos cortes permite estudiar la estructura de la pared quística en la que es posible reconocer una capa externa, conjuntiva, esclerosa, surcada por numerosos vasos de paredes muy delgadas y luz irregular. Hay asimismo en esta capa pequeños islotes de cartílago y también algunos fondos de saco glandular; moderada infiltración plasmática y linfocitaria.

En la superficie interna se reconoce una capa epitelial, a células cilíndricas ciliadas que se apoya directamente en la capa conjuntiva; es decir que en la pared del quiste se encuentran todos los componentes que existen normalmente en la pared del bronquio. (Fig. 5).

Segundo caso.

También se comprueba en él, tumoración quística de unos 3 cm. de diámetro, redondeada, que se presenta rota por las maniobras quirúrgicas y que deja ver parte de su contenido de aspecto purulento franco y al mismo tiempo filante por su con-

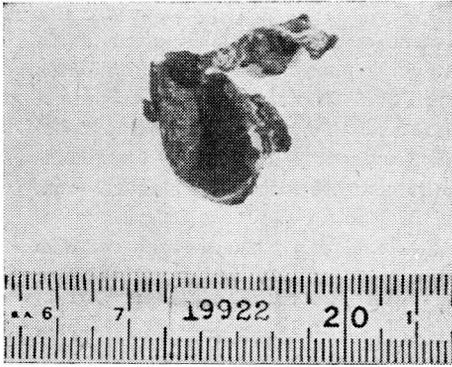


Fig. 9 (Caso 2). — Fotografía de la pieza.

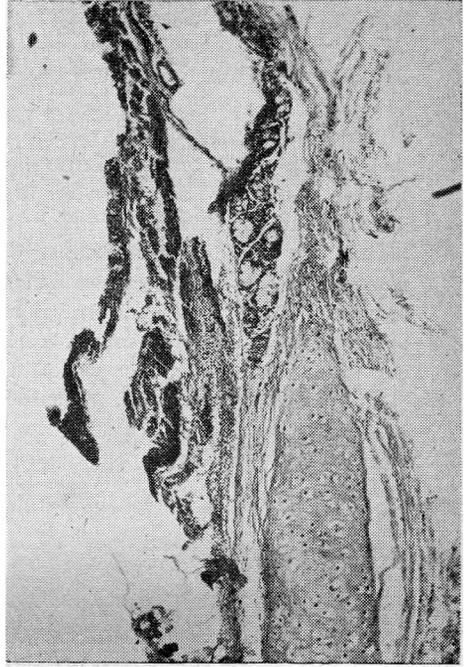


Fig. 10 (Caso 2). — Microfotografía de la pared del quiste.

tenido mucoso. Paredes finas con superficie interna irregular. (Fig. 9).

El estudio microscópico de la pieza permite apreciar la constitución parietal donde se reconoce una gruesa capa conjuntiva, muy vascular, que presenta en el momento actual un proceso inflamatorio agudo. En el espesor de la misma fragmentos de cartílago hialino, algunas lagunas epiteliales y figuras glandulares de tipo mixtas.

La superficie interna presenta escasos islotes de epitelio cilíndrico de revestimiento, dominando en ella un exudado purulento y restos de tejidos necróticos que indican la inflamación aguda que existe. (Fig. 10).

Como síntesis de estos dos casos, podemos decir:

Se trata de dos formaciones quísticas en cuya pared es posible comprobar la existencia de elementos que normalmente intervienen en la constitución de la pared del bronquio.

En suma:

I) Se presentan dos casos de quistes broncogénos mediastinales a localización hiliar.

II) En ambos casos el diagnóstico clínico radiológico de afección, sólo fue de presunción. En el segundo caso, guían con más fuerza al diagnóstico positivo el aspecto radiológico de la lesión encontrado en varios exámenes, su topografía hiliar — que ha sido rechazada en principio la etiología hidática — y la negatividad de otros exámenes.

III) La conducta quirúrgica siempre es a plantear, ya que aclara el diagnóstico y elimina o confirma la posibilidad de un error.

IV) Ambos casos, operados, evolucionaron bien.

V) La Anatomía Patológica hace con certeza el diagnóstico final.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1) MAIER, H. C. — “Bronchiogenic Cysts of the Mediastinum”. Ann. Surg., 127: 476, 1948.
- 2) ARMAND UGON, V. y VICTORICA, A. — “Quiste broncogénico”. Rev. de Tuberc. del Uruguay, 28: 41, 1950.
- 3) GARCIA ALONSO, D. y OLIVA PRIEGO, E. — “Quistes bronquiales del mediastino”. Cir., Ginec. y Urolog. 3: 196, 1952 (España).