

Quiste pulmonar gigante en lactante, manejo y resolución no quirúrgica a dos años de seguimiento

Giant lung cyst in an infant, management and nonsurgical resolution at two years of follow-up

Alejandro Barrón-Balderas(1,2), Mariana Hernández Peralta(1), Rubén Cruz-Revilla(1), Juan Carlos Lona-Reyes(1,2).

1. Departamento de pediatría, Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”, Jalisco, México.

2. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. Alejandro Barrón Balderas, dr.alex.barron@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v163i1.607>

Publicado: 9 de Septiembre 2023

Resumen

Presentamos el caso de un lactante de 5 meses de edad con un cuadro agudo de una semana de evolución de dificultad respiratoria con eventos recurrentes de esta naturaleza desde el nacimiento. Radiografía simple y TAC de tórax en la que se observa quiste broncogénico gigante con paredes delgadas y aire en su interior, en hemitórax derecho. Manejado con beclometasona inhalada durante 6 meses, con vigilancia hasta los 3 años, cuando mostró resolución total.

Palabras claves: *Quiste pulmonar, quiste broncogénico, pediatría.*

Abstract

We present the case of a 5-month-old infant with acute respiratory distress of one week of evolution, with recurrent events of this nature since birth. Plain chest X-ray and CT scan showed a giant bronchogenic cyst with thin walls and air inside in the right hemithorax. Managed with inhaled beclomethasone for 6 months, with surveillance until 3 years of age, when it showed total resolution.

Keywords: *Lung cyst, bronchogenic cyst, pediatrics.*

Introducción

Los trastornos anatómicos broncopulmonares son el resultado de la alteración provocada en la yema pulmonar durante el periodo embrionario. Se han documentado enfermedades específicas de tipo quístico entre las que se incluyen el quiste broncogénico, la malformación pulmonar de las vías respiratorias; anteriormente conocida como enfermedad adenomatoidea quística pulmonar, y el secuestro pulmonar intralobar [1]. En general, los defectos congénitos pulmonares son poco frecuentes y los quistes pulmonares pueden llegar a representar hasta un 33% de ellos. El quiste broncogénico (QB) por su proximidad con la vía aérea, puede causar síntomas respiratorios recurrentes e inespecíficos como tos, estridor, sibilancias, dificultad respiratoria e infecciones recurrentes [2]. Por lo regular, el tratamiento de elección es la resección quirúrgica, ya sea que se curse con pocos o ningún síntoma [3,4]. Sin embargo, este reporte muestra uno de los pocos casos descritos, tratados exitosamente con manejo conservador.

Presentación del caso

Masculino de 5 meses de edad, hospitalizado por presentar dificultad respiratoria de una semana de evolución. Cuenta con antecedente de episodios similares en cinco ocasiones que iniciaron desde el mes de edad con mejoría parcial por periodos de aproximadamente 15 días. Durante su estancia se realizó radiografía de tórax que mostró presencia de imagen radiolúcida de bordes finos regulares, que abarcó dos terceras partes de hemitórax derecho (Fig. 1A). Asimismo, se muestra TAC de tórax simple en la que se observa quiste de paredes delgadas con aire en su interior que ocupa aproximadamente el 80% del hemitórax derecho, compatible con un quiste broncogénico gigante (Fig. 1B). Tras éste hallazgo, se indicó manejo conservador con beclometasona inhalada durante 6 meses. En el seguimiento a los 3 años de edad se encontró sano, y el control radiográfico se encontró con resolución del quiste (Fig. 1C).

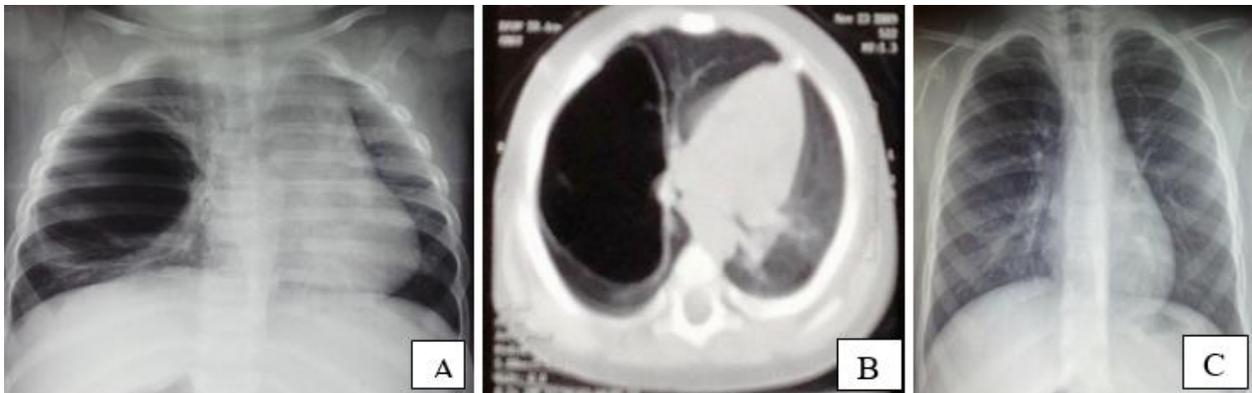


Fig. 1: Quiste pulmonar gigante en lactante. A) Rx de tórax con imagen radiolúcida de bordes finos. B) TAC de tórax con imagen hipodensa compatible con quiste broncopulmonar. C) Rx de tórax control con adecuada distribución del tracto bronquial.

Discusión

Los síntomas respiratorios recurrentes o crónicos en el recién nacido y lactante deben hacer pensar al clínico, la posibilidad de una malformación congénita del árbol traqueobronquial [1]. La sintomatología del QB depende en gran medida de su localización y tamaño; no obstante, aquellos localizados en el mediastino pueden ser asintomáticos, en ocasiones durante toda la vida; llegando incluso a ser reportados como hallazgos en la autopsia de pacientes adultos [1,2]. El abordaje y el diagnóstico oportuno son importantes para brindar un tratamiento apropiado, porque en la mayoría de los casos, por el compromiso que se genera debido su tamaño y localización, conlleva a que su resolución sea vía quirúrgica. Este reporte muestra un caso con respuesta favorable a un manejo conservador correspondiente a administración de corticoide inhalado, con el que se alcanzó una recuperación pulmonar total y sin secuelas aparentes.

Nuestro caso destaca al mostrar el resultado favorable que obtuvimos utilizando una terapia conservadora en una patología que clásicamente requiere abordaje quirúrgico. De manera que, éste reporte es de las pocas evidencias que proponen que la resección quirúrgica se puede evitar al integrar herramientas farmacológicas como los esteroides inhalados para el manejo de estos defectos. Por lo que nuestra investigación es un punto de partida para dar seguimiento a nuevas intervenciones que proponen manejos menos invasivos.

Referencias bibliográficas / References

1. Irving I.M.: Malformations and acquired lesions of lung, pleural and mediastinum. In lister J. Neonatal surgery. 3er ed. London-Butter Worths. UK; 1989. p 259- 278.
2. Poole PS, Ferguson EC. Revisiting pulmonary arteriovenous malformations: radiographic and CT imaging findings and corresponding treatment options. *Contemp. Diagn. Radiol* 2010; 33 (8): 1-5.
3. McAdams HP, Kirejczyk WM, Rosado-de-Christenson ML, Matsumoto S. Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiology* 2000;217(2):441-446.
4. Wesley JR, Heidelberger KP, DiPietro MA, Cho KJ, Coran AG. Diagnosis and management of congenital cystic disease of the lung in children. *J Pediatr Surg.* 1986;21(3):202-7.