

Caso clínico

Quiste broncogénico cutáneo

Nicole Kresch Tronik,¹ Fernando de la Barreda,¹ Fermín Zubiaur,² Sonia Toussaint³

RESUMEN

Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas poco frecuentes que se originan del árbol traqueobronquial primitivo. Afectan más comúnmente al pulmón y al mediastino posterior, aunque también se han reportado en la piel y el tejido celular subcutáneo, la localización más frecuente es el manubrio supraesternal. Por lo general, se diagnostican poco después del nacimiento. Se comunica el caso de un paciente de 53 años de edad con diagnóstico de quiste broncogénico localizado en el cuello de 20 años de evolución.

Palabras clave: quiste broncogénico, escisión quirúrgica.

ABSTRACT

Bronchogenic cysts are rare congenital anomalies originated from primitive tracheobronchial tree. They most commonly affect the lung and posterior mediastinum, but have also been reported in skin and subcutaneous tissue, being the most common location suprasternal handlebars. Usually they are diagnosed shortly after birth. We communicate the case of a 53-year-old patient with bronchogenic cyst of 20 years of evolution located in the neck.

Key words: bronchogenic cyst, surgical excision.

Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas poco frecuentes que se originan del árbol traqueobronquial primitivo.¹ Se localizan frecuentemente en la caja torácica, pero pueden crecer en la vecindad de ésta,² afectan más comúnmente al parénquima pulmonar y al mediastino posterior,³ aunque también pueden encontrarse en la piel y el tejido celular subcutáneo.⁴ Se comunica un caso de quiste broncogénico que afectaba la piel y el tejido celular subcutáneo.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 53 años de edad, originario y residente del Distrito Federal, que se desempeñaba como trabajador industrial, acudió al consultorio debido a una dermatosis localizada en la línea media de la región submandibular, la cual se distinguía por una neoformación subcutánea de 2 cm de diámetro, móvil, palpable pero no visible. El paciente refirió que su padecimiento tenía más de 20 años de evolución. El ultrasonograma (Figura 1) y la TAC (Figura 2) revelaron una lesión quística submandibular subcutánea.

Se realizó una biopsia, cuyos hallazgos sugirieron el diagnóstico clínico presuntivo de quiste epidermoide vs lipoma.

El estudio histopatológico reportó una estructura quística que abarcaba desde la dermis reticular superficial a la profunda, revestida por una pared de epitelio pseudoestratificado cilíndrico y ciliado con células caliciformes que contenían abundante mucina, rodeada por una reacción granulomatosa tipo cuerpo extraño (Figura 3), por lo que se estableció el diagnóstico clínico y patológico de quiste broncogénico.

Como parte del protocolo de estudio de masas en el cuello, se realizó una exploración física otorrinolaringoló-

¹ Médico dermatólogo.

² Médico otorrinolaringólogo.
Hospital Ángeles Lomas.

³ Médico dermatólogo y dermatopatólogo, Servicio de Dermatopatología, Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Correspondencia: Dra. Nicole Kresch Tronik. Vialidad de la Barranca núm. 22, colonia Valle de las Palmas, CP 52763, Huixquilucan de Degollado, Estado de México.

Correo electrónico: drankresch@yahoo.com

Recibido: junio, 2012. Aceptado: septiembre, 2012.

Este artículo debe citarse como: Kresch-Tronik N, De la Barreda F, Zubiaur F, Toussaint S. Quiste broncogénico cutáneo. Dermatol Rev Mex 2013;57:57-59.

www.nietoeditores.com.mx



Figura 1. Ultrasonografía de la región submandibular con lesión quística.

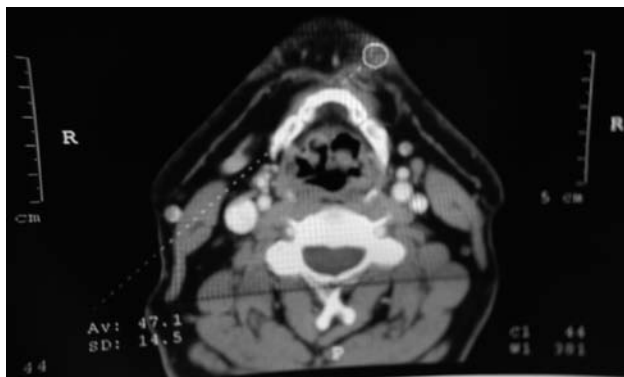
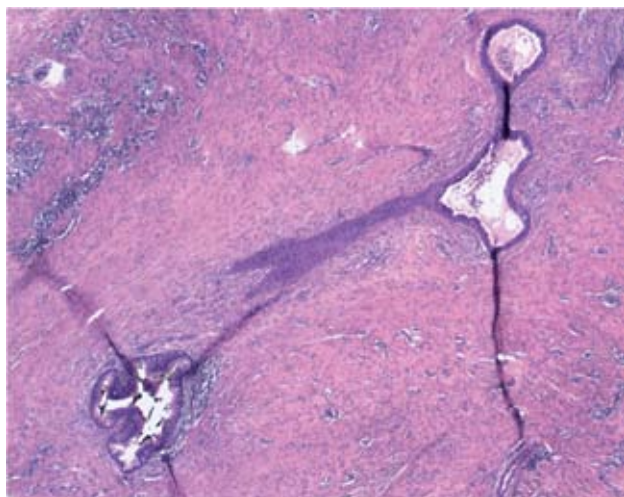


Figura 2. TAC que muestra lesión quística submandibular.



gica completa, incluida una nasolaringoscopia flexible para valorar toda la vía aérea superior. Se observó integridad de las cavidades nasosinuales, de la cavidad oral, la faringe y la laringe, incluida la base de la lengua y la vallécula, hasta los senos piriformes.

DISCUSIÓN

En la bibliografía se han reportado más de 80 quistes broncogénicos cutáneos o subcutáneos, la mayor parte de ellos diagnosticados en edad temprana. En este artículo se comunica uno de los pocos casos en los que el diagnóstico se realizó cuando el paciente tenía más de 18 años de evolución.⁵

Las localizaciones clínicas más comunes son el manubrio supraesternal,⁶ la región preesternal, el cuello y la escápula.^{7,8} Otras topografías inusuales son: el mentón, la pared abdominal⁹ y la piel cabelluda.⁴ En el caso que se comunica, se encontró en la región submandibular, un área poco reportada.

La prevalencia del quiste broncogénico es de 1 por cada 42,000 personas a 1 por cada 68,000.¹⁰ Se observa en niños y en adultos,⁴ y afecta principalmente a los hombres, en una proporción 4:1; por lo general, está presente desde el nacimiento.^{11,12}

El intestino primitivo surge en la tercera semana de gestación y se divide en: porción dorsal, la cual se elonga para formar el esófago, y porción ventral, que se diferencia en el árbol traqueobronquial. Los errores en el desarrollo

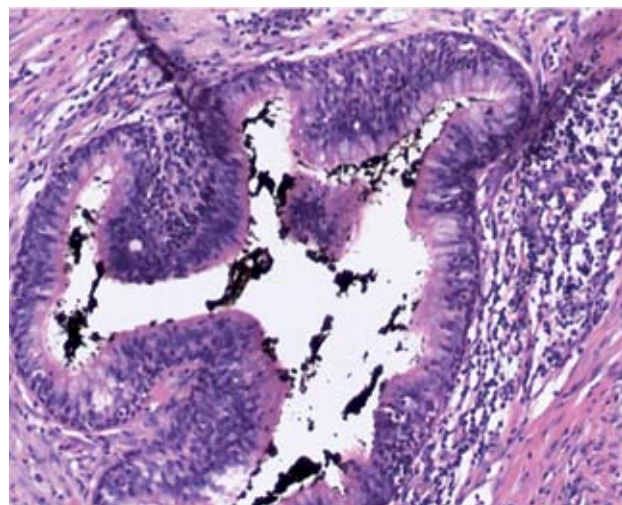


Figura 3. Histopatología: estructura quística revestida por una pared de epitelio pseudoestratificado cilíndrico y ciliado, con células caliciformes que contienen abundante mucina.

del intestino primitivo ventral dan origen al quiste broncogénico.^{13,14} Se considera que una gemación anormal del sistema traqueobronquial entre los días 22 y 33 de gestación, y la persistencia de esta gema, pueden dar lugar a un quiste broncogénico.¹⁵ Otra teoría patogénica indica que también es posible que las gemas accesorios del árbol traqueobronquial se excluyan del tórax y migren a otras zonas. Otros mecanismos puede ser el desarrollo *in situ* del epitelio respiratorio por una metaplasia del tejido cutáneo maduro preexistente y una diferenciación heterotópica en la piel desarrollada.^{1,16}

El quiste broncogénico se observa, generalmente, después del nacimiento, como un nódulo asintomático que crece poco a poco y que posteriormente comienza a drenar material mucoso.⁴ Cuando el tumor es muy grande, puede causar disnea, dificultad respiratoria, tos y disfagia; en raras ocasiones aparecen fistulas, abscesos o ronquera.¹⁷ Casi siempre se manifiesta como una lesión única, aunque se han reportado múltiples lesiones.^{4,18}

El diagnóstico diferencial incluye a los quistes ciliados, que pueden clasificarse de acuerdo con su localización y descripción clinicopatológica como: broncogénico, braquial, hendido, tímico, quiste del conducto tirogloso, del intestino caudal perianal, vulvar o quiste cutáneo ciliado.¹⁹

El diagnóstico confirmatorio es histopatológico. Los quistes bronquiales tienen datos de la pared bronquial, es decir, un epitelio ciliado pseudoestratificado columnar o con células caliciformes que pueden contener glándulas mucosas, linfocitos, cartílago y músculo liso.²⁰

Hacer un diagnóstico preoperatorio es difícil, aunque pueden utilizarse técnicas de resonancia magnética.²¹ La mayor parte de los quistes broncogénicos tienen mucho material proteináceo, por lo que muestran una intensidad considerable en las imágenes de T1.¹

El tratamiento definitivo es la escisión quirúrgica total, como se hizo en este caso. La aspiración con aguja debe evitarse por la asociación con el carcinoma mucoepidermoide;²² también se ha reportado la aparición de melanomas.²³

REFERENCIAS

- Kundal AK, Zargar NU, Krishna A. Scapular bronchogenic cyst. J Ind Assoc Ped Surg 2008;13:147-148.
- Bagwell CE, Schiffman RJ. Subcutaneous bronchogenic cysts. J Pediatr Surg 1988;23:993-995.
- Haller JA, Shermeta DW, Donahoo JS, White JJ. Life-threatening respiratory distress from mediastinal mass in infants. Ann Thorac Surg 1975;19:365-370.
- Khaled A, Sfia M, Fazaa B, Zermani R, et al. Multiple cutaneous bronchogenic cysts located on the neck and the scalp. Acta Dermato Venerol Alp Panonica Adriat 2008;17:69-77.
- Shah SK, Stayer SE, Hicks MJ, Brandt ML. Suprasternal bronchogenic cyst. J Pediatr Surg 2008;43:2115-2117.
- Zvulunov A, Amichai B, Grunwald MH, Avinoach I, Halevy S. Cutaneous bronchogenic cyst: delineation of a poorly recognized lesion. Pediatr Dermatol 1998;15:277-281.
- Avril MF. Kyste bronchogénique cutané sus-scapulaire. Ann Dermatol Venereol 1991;118:874-877.
- Ozel SK, Kazez A, Koseogullari AA, Akpolat N. Scapular bronchogenic cysts in children: case report and review of the literature. Pediatr Surg Int 2005;21:843-845.
- Kim NR, Kim HH, Suh YL. Cutaneous bronchogenic cyst of the abdominal wall. Pathol Int 2001;51:970-973.
- Schouten van der Velden AP, Severijnen RS, Wobbes T. A bronchogenic cyst under the scapula with the fistula on the back. Pediatr Surg Int 2006;22:857-860.
- Ustundag E, Iseri M, Keskin G, Yayla B, Muezzinoglu B. Cervical bronchogenic cysts in head and neck region. J Laryngol Otol 2005;119:419-423.
- Alar T, Muratli A. A rare presentation of a bronchogenic cyst: presternal, subcutaneous and 42 year-old man. Tuberk Toraks 2012;60(1):59-61.
- Rodgers BM, Harman PK, Johnson AM. Bronchopulmonary foregut malformations: The spectrum of anomalies. Ann Surg 1986;203:517-524.
- Nobuhara KK, Gorski YC, La Quaglia MP, Shamberger RC. Bronchogenic cysts and esophageal duplications: Common origins and management. J Pediatr Surg 1997;32:1408-1413.
- Gaikwad P, Muthusami JC, Raj JP, Rajinikanth J, John GM. Subcutaneous bronchogenic cyst. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;135:951-952.
- van der Putte SC, Toonstra J. Cutaneous bronchogenic cysts. J Cutan Pathol 1985;12:404-409.
- Ergin M, Yeşinsu A, Çelik A, Onuk Filiz N. A case of cervical bronchogenic cyst presenting with hoarseness in an adult. Tuberk Toraks 2009;57:73-76.
- Talsania N, Chan Y, Díaz C. Nodule on the chest: A quiz. Acta Derm Venereol 2011;91:380-383.
- Fontaine DG, Lau H, Murray SK, Fraser RB, Wright JR. Cutaneous ciliated cyst of the abdominal wall: a case report with a review of the literature and discussion of pathogenesis. Am J Dermatopathol 2002;24:63-66.
- Tresser NJ, Dahms B, Berner JJ. Cutaneous bronchogenic cyst of the back: a case report and review of the literature. Pediatr Pathol 1994;14:207-212.
- Suen HC, Mathisen DJ, Grillo HC, LeBlanc J, et al. Surgical management and radiological characteristics of bronchogenic cyst. Ann Thorac Surg 1993;55:476-481.
- Tanaka M, Shimokawa R, Matsubara O, Aoki N, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the thymic region. Acta Pathol Jpn 1982;32:703-712.
- Tanita M, Kikuchi-Numagami K, Ogoshi K, Suzuki T, et al. Malignant melanoma arising from cutaneous bronchogenic cyst of the scapular area. J Am Acad Dermatol 2002;46(2 Suppl):S19-S21.