

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE "ENRIQUE CABRERA"

Morfología del quiste pulmonar congénito. Su dificultad diagnóstica

Por el Dr.:

NICOLAS CRUZ GARCIA*

Cruz García, N. *Morfología del quiste pulmonar congénito. Su dificultad diagnóstica.* Rev Cub Ped 51: 3, 1979.

Fueron analizados 118 enfermos adultos y niños que presentan quiste congénito del pulmón. El hallazgo del epitelio bronquiá, así como músculo liso, cartilago y glándulas en la pared quística, constituyen un sólido argumento en favor del origen congénito del quiste, aunque la comprobación de epitelización de cavidades pulmonares crónicas ponen en duda este planteamiento, lo cual hace evidente la dificultad existente para diferenciar al quiste congénito del adquirido.

INTRODUCCION

La etiopatogenia del quiste pulmonar todavía no es bien conocida, múltiples han sido las teorías descritas para explicar su formación. Esta razón es causa de la gran confusión existente tanto en la denominación y clasificación del quiste, como en la determinación de su origen congénito o adquirido.

En este trabajo presentamos los criterios actuales más aceptados y las modificaciones morfológicas que pueden presentar el quiste y los tejidos circundantes en una serie de 118 casos.

MATERIAL Y METODO

Se presenta un estudio de los caracteres morfológicos del quiste del pulmón en 118 casos comprobados histi-

camente, que fueron tratados en los hospitales "Enrique Cabrera", "William Soler" y el Instituto de Neumotisiología de la Habana y en el Hospital de Cirugía Clínica y Experimental de Moscú, en un periodo de 15 años.

Etiología y patogenia

Healy, opinó que los quistes se originan a partir de un pinzamiento anormal de una parte del intestino primitivo en una fase temprana del desarrollo, del cual se forma una bolsa anómala que persiste como un quiste.

Sante, afirmó que durante el periodo de mayor subdivisión de los brotes pulmonares, se produce una detención del desarrollo de algún brote y se establece una conexión atrésica con el árbol bronquial, formándose un quiste lleno de líquido.

La comunicación bronquial que se establece, explica la transformación que

* Profesor auxiliar de cirugía de la Facultad No. 2 del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.

se observa del contenido del quiste, unas veces líquido y otras veces aire.^{1,2}

Dubrow, describe 3 posibles mecanismos:

1. Malformación bronquial con estenosis proximal y dilatación periférica.
2. Agenesia alveolar y consecuente dilatación bronquial.
3. Defecto en el desarrollo de los vasos linfáticos.

King y Harris, sostienen que al impedirse el proceso de canalización normal de los brotes pulmonares, algunas células secretoras quedan aisladas y se altera su relación con el resto del pulmón. Así se forma un quiste lleno de líquido con tejido pulmonar periférico normal.^{3,4}

Muchos autores afirman que el desarrollo y crecimiento del quiste dependen de la persistencia de su comunicación con el bronquio:

- a) Si dicha comunicación es pequeña y posee un mecanismo valvular, el quiste se agranda y causa compresión y desplazamiento de las estructuras adyacentes.
- b) Si la comunicación es mediana, el quiste permanece pequeño y tenso.
- c) Si la comunicación es grande, el quiste se oblitera con frecuencia.
- d) Si no hay comunicación, el quiste persiste lleno de líquido sin producir síntomas a no ser que se infecte o se drene en un bronquio.

En realidad la comunicación bronquial no ha sido demostrada consistentemente (3 de nuestros casos) Heller señaló, que solamente una disección meticulosa del pedículo puede demostrar esta pequeña estructura.

Hay autores que llaman quistes verdaderos o congénitos a los que se observan en la niñez y la infancia, reservando el término de adquiridos a los quistes que aparecen en los adultos. Otros autores se oponen a este criterio y le dan gran importancia a la existencia y carac-

terística de la comunicación bronquial y sostienen que los casos que son descubiertos en la edad adulta, han evolucionado durante la niñez del enfermo sin producir síntomas a pesar de su origen congénito. El hecho comprobado de que algunas cavidades (bronquiectásicas, tuberculosas, etc.) se pueden epitelizar, dándole al quiste características similares al congénito, deja grandes dudas, que dificultan el diagnóstico entre quiste congénito o verdadero y quiste adquirido.^{5,6}

DISCUSION Y RESULTADOS

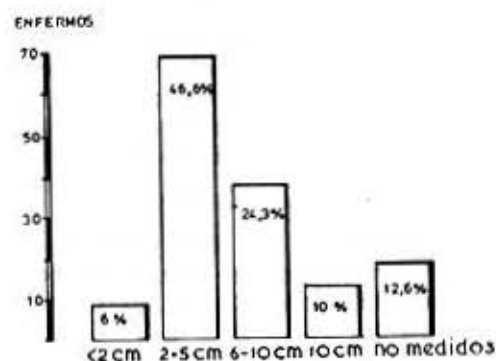
Los quistes broncogénicos pueden organizarse en los bronquios o en los alvéolos pulmonares (quiste broncogénico y quiste alveolar) la mayoría de los autores europeos y americanos aceptan el origen de los quistes broncopulmonares a partir de un trastorno embriogénico.^{7,8}

Los quistes broncogénicos son muy poco frecuentes y se localizan con mayor frecuencia en el mediastino, los quistes alveolares se localizan en cualquier sitio de los pulmones en forma de espacios de diámetros variables.

En nuestra serie 70 (46,6%) quistes, median entre 2 y 5 cm y solamente 15 (10%) tenían un diámetro mayor de 10 cm (gráfico 1).

Gráfico 1

TAMANO DE LOS QUISTES

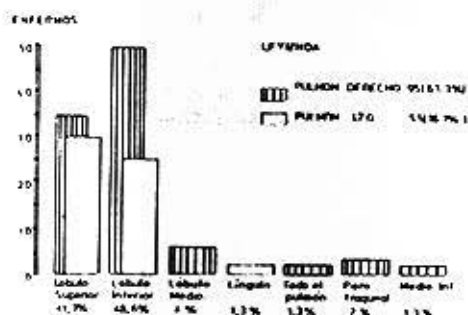


Los quistes pulmonares se localizan preferentemente en los lóbulos inferiores y asientan con mayor frecuencia en el pulmón derecho (63,5%).

Setenta y tres quistes (48,6%) correspondieron a los lóbulos inferiores (48 en el lado derecho y 25 en el lado izquierdo), 61 quistes se localizaron en los lóbulos superiores, 34 en el pulmón derecho y 28 en el pulmón izquierdo (gráfico 2). La pared del quiste es lisa,

Gráfico 2

DISTRIBUCION DE LOS QUISTES PULMONARES POR SU LOCALIZACION

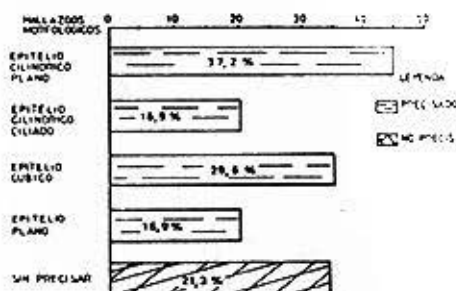


pálida, nacarada y a menudo trabecular y puede contener cantidades variables de secreción mucosa. Están tapizados de epitelio cilíndrico o cuboidal parecido a la mucosa bronquial. El parénquima circundante puede estar atelectásico y la pared contener músculo liso, cartilago y glándulas mucosas. A veces se puede demostrar una pequeña comunicación bronquial. Estos elementos sugieren el origen congénito de los quistes, los cuales se llenan de líquido durante la vida fetal.

Del estudio histórico de nuestros casos se obtuvo el siguiente resultado: epitelio cilíndrico plano 44 (37,2%); epitelio cilíndrico ciliado 20 (16,9%); epitelio cúbico 34 (29,6%) y epitelio plano 20 (16,9%); 32 quistes no fueron precisados (gráfico 3).

Gráfico 3

HALLAZGOS MORFOLOGICOS DEL EPITELIO DE REVESTIMIENTO DE LOS QUISTES PULMONARES



Los hallazgos morfológicos coincidieron con los obtenidos por la mayoría de los autores europeos y americanos: epitelio cilíndrico ciliado en la mayor parte de los casos, pequeñas cavidades en los bronquios (hasta 2 mm de diámetro) redondas, llenas de líquido y revestidas por un epitelio cúbico o cilíndrico, algunas proyecciones poliposas de la mucosa bronquial y la dilatación de los bronquios de tamaño medio y pequeño.

En los pacientes más viejos había enfisema (figuras 1 y 2).

El epitelio de revestimiento de los quistes se presentó de la siguiente manera:

- En 62 casos (52,5%) no hubo modificaciones.
- En 34 quistes (28,8%) hubo cambios inflamatorios en los tejidos circundantes.
- En 22 (18,6%) se presentaron signos de cronicidad, que fueron significativos de una larga evolución (cuadro).

La infección de las secreciones del quiste origina supuración con frecuencia acompañada de metaplasia progro-

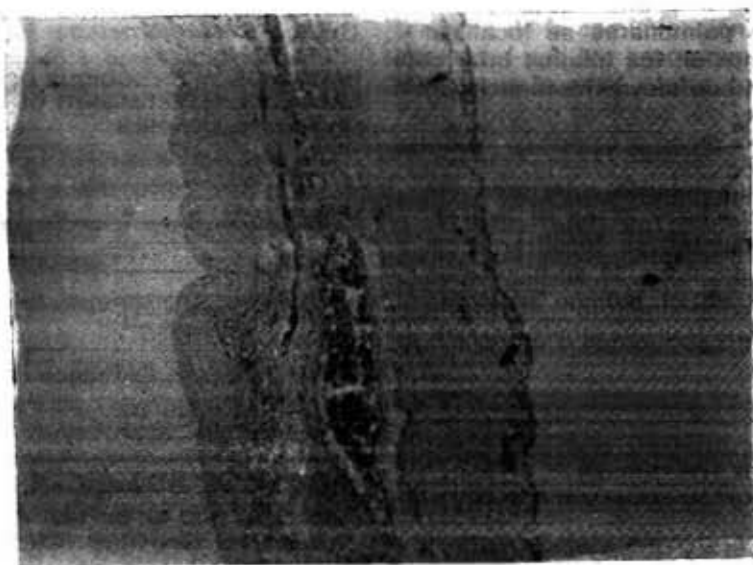


Figura 1. Microfotografía que muestra: pared de quiste constituida por tejido conectivo; se observa en la región central un vaso congestivo recubierto por epitelio plano en una de sus superficies (borde derecho) H.E. 20.16 X.

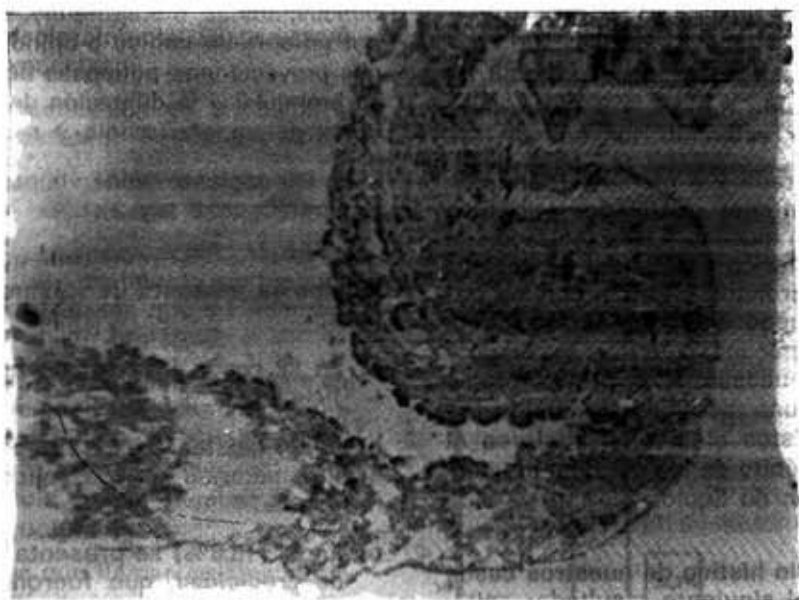


Figura 2. Otra zona de la pared del quiste constituida por tejido pulmonar atelectasiado con un revestimiento parcial de epitelio plano (borde izquierdo) H. E. 20.16 X.

CUADRO
MORFOLOGIA

<i>Epitelio de revestimiento sin modificaciones</i>	<i>Cambios inflamatorios en los tejidos circundantes</i>	<i>Signos de evolución crónica</i>
62 (52,5%)	34 (28,8%)	22 (18,6%)

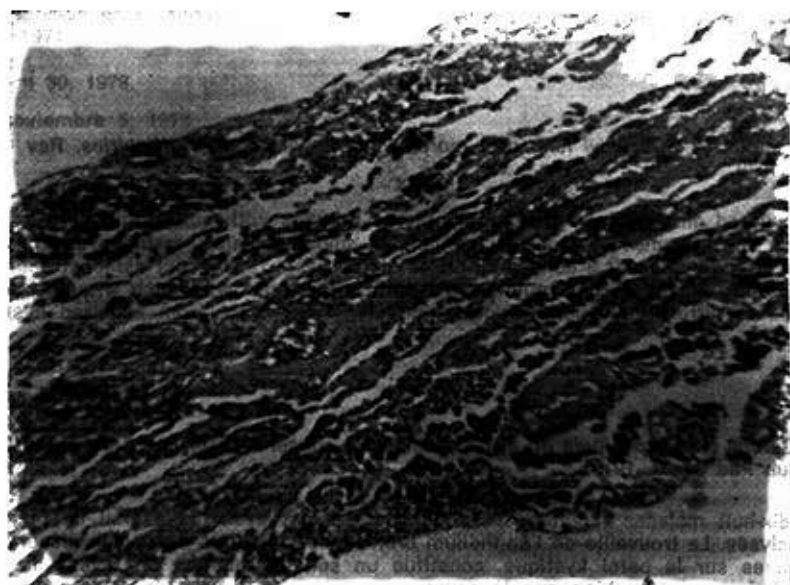


Figura 3. Pared quística circundante. Se observa tejido pulmonar atelectasiado con algunos macrófagos cargados de hemosiderina en luz alveolar. H. E. 20,16 X.

siva del epitelio de revestimiento, incluso necrosis completa de la pared del quiste, lo cual conduce al absceso pulmonar, en cuyo caso resulta extraordinariamente difícil precisar el origen del quiste.⁷

Los quistes distales (alveolares) tienen una pared delgada y tapizada por un epitelio plano o cilíndrico plano, el 36,9% y 37,2% respectivamente de nuestros casos.

El quiste de origen proximal (quiste broncogénico) tiene un epitelio cilíndrico ciliado o cuboidal (16,9% y 29,6%

respectivamente). El quiste broncogénico es generalmente solitario, que parte de un bronquio principal, localización mediastínica o parenquimatosa, frecuentemente pediculado, limitado por un epitelio ciliado en columna y con músculo y cartílago en su pared. La presencia de un líquido espeso evidentemente se relaciona con la obturación de la comunicación bronquial (figura 3).

CONCLUSIONES

El quiste pulmonar congénito parece proceder de una malformación congénita y su crecimiento y desarrollo depen-

de de la existencia y permeabilidad de la comunicación broncocística.

El hallazgo del epitelio bronquial y la presencia de músculo liso, cartilago y glándulas mucosas en la pared bronquial, sugieren el origen congénito del quiste.

Los quistes se forman con mayor frecuencia en el pulmón derecho (63,5%) y en los lóbulos inferiores (48,6%), aun-

que pueden localizarse en cualquier parte del pulmón.

La mayoría de los quistes tienen un diámetro mediano o pequeño, lo cual explica su permanencia durante años sin producir síntomas.

Aproximadamente la mitad de los quistes presentan modificaciones inflamatorias agudas o crónicas que suelen extenderse a los tejidos vecinos.

SUMMARY

Cruz García, N. *Congenital lung cyst morphology. Its diagnostic difficulties.* Rev Cub Ped 51: 3. 1979.

One hundred and eighteen adult and infantile patients with congenital lung cysts were studied. The presence of bronchial epithelium, smooth muscle, cartilage and cystic wall glands strongly suggest a congenital origin of the cysts though the demonstration of epithelialization of the chronic pulmonary cavities interferes with such a suggestion. This has led to difficulties when distinguishing congenital cysts from acquired cyst.

RÉSUMÉ

Cruz García, N. *Morphologie du kyste pulmonaire congénital. Difficulté de son diagnostic.* Rev Cub Ped 51: 3. 1979.

Cent dix-huit malades (adultes et enfants) présentant kyste congénital du poumon ont été analysés. La trouvaille de l'épithélium bronchique, ainsi que de muscle lisse, cartilage et glandes sur la paroi kystique, constitue un solide argument en faveur de l'origine congénitale du kyste, bien que la constatation d'épithélisation de cavités pulmonaires chroniques mette en question cette hypothèse. Donc il est évident la difficulté existante pour différencier le kyste congénital du kyste acquis.

РЕЗЮМЕ

Круз Гарсия, Н. Морфология лёгочной врождённой кисты. Сложность постановки диагноза этого поражения. Rev Cub Ped 51: 3. 1979.

Был проведён анализ 118 больных подростками и детьми, которые страдают врождённой кистой лёгкого. Обнаружение бронхиального эпителия, а также гладкого мускула, хряща желёз на стенке кисты представляют собой основательный аргумент в пользу врождённой кисты, хотя исследования выстилки эпителием хронических лёгочных полостей ставят под сомнение этот критерий, что в свою очередь очевидно и имеющим место затруднения в отношении дифференциации врождённой кисты от приобретённой.

BIBLIOGRAFIA

1. *Manciaux, M.; Reuber, G.* Kyste pulmonaire geant dysembryoplasique obcedé chez un nouveau-né, *J Franc Med Chir Thor* 1962, 16, 1974.
2. *Moncneff, A. H.; Cameron, R.* Congenital cystic adenoma toid malformation of the lung. *Thorax*, Vol. 24
3. *Baum, G. et al.* Cystic disease of the lung. *J Am J Med* 40: 578, 1965.
4. *Rodriguez Padilla, F.* Un caso de quiste congénito a tensión en el adulto. *Rev Clin Esp* 121: 479, 1971.
5. *Robbins, S.* Enfermedad quística pulmonar. En *Tratado de Patología*, pág. 634-635. Ed. Revolucionaria, la Habana, 1968.
6. *Rodriguez, L. y otros.* Quistes broncogénitos. Informe de los casos. *Rev Cub Cir* 11: 4, 1952.
7. *Ovmanian, K. T. y otros.* Sobre los quistes pulmonares. *Cirugia* 6: 115-119, 1969.
3. *Fisher, F.* Quistes pulmonares. Em *Schinz, H. et al.* 5ta. Ed. pág. 21-33-9, Salvat, Barcelona, 1955.
9. *Sitko, L. A.* Casos de quistes broncogénitos gigantes con mecanismo valvular. *Problemas de tuberculosis* 3: 87, 1970.

Recibido: abril 30, 1978.

Aprobado: noviembre 5, 1978.