

HOSPITAL NACIONAL DOCENTE "ENRIQUE CABRERA"

Quiste pulmonar solitario.

Forma de manifestarse en el niño y en el adulto

Por el Dr.:

NICOLAS CRUZ GARCIA*

Cruz García, N. *Quiste pulmonar solitario. Forma de manifestarse en el niño y en el adulto.* Rev Cub Ped 51: 4, 1979.

Se estudian las características clínicas y fisiopatológicas del quiste solitario o congénito del pulmón, y se comparan las diferencias entre el niño y el adulto. Se comprueba que el quiste pulmonar presenta características distintas en ambas edades y puede permanecer asintomático durante años.

INTRODUCCION

Quiste bronquial o pulmonar verdadero, es toda cavidad con paredes propias revestida de epitelio del tracto respiratorio, de forma generalmente oval y con contenido sólido, líquido o gaseoso. Habitualmente es localizado radiográficamente en los pulmones o en el mediastino.

Esta definición excluye las hiperclaridades pulmonares localizadas: el enfisema lobar, las *bullas* enfisematosas, las *bleds* subpleurales y el neumotórax por tensión, así como a los pseudoquistes, neumatocele infeccioso, caverna tuberculosa, abscesos cronicados, etc.^{1,2}

Para algunos autores el término quiste pulmonar verdadero lleva implícito

el origen congénito de éste, y dejan el de quiste pulmonar adquirido, para todo aquel que se forme secundariamente a otro proceso.³

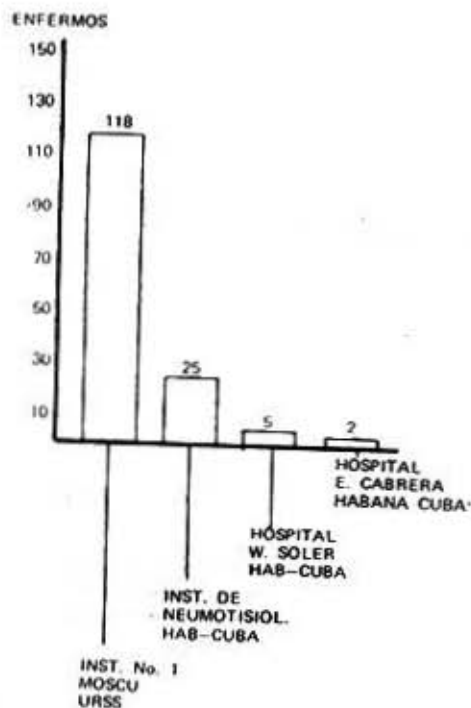
MATERIAL Y METODO

Se hizo un estudio con los casos de 150 enfermos (niños y adultos) que presentan quiste broncopulmonar verdadero, tratados en un periodo de 15 años (1962-1976) en el Hospital de Cirugía Clínica y Experimental del Instituto No. 1 de Moscú y en los hospitales docentes "William Soler" y "Enrique Cabrera" y en el Instituto de Neumotisiología de La Habana (gráfico 1). Se realizó un análisis comparativo de las principales características de la enfermedad en el niño y en el adulto, y fueron precisadas sus diferencias clínicas y fisiopatológicas. Fueron excluidos todos los casos de hiperclaridades localizadas en el pulmón, los pseudoquistes y los quistes.

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

Gráfico 1

PACIENTES ESTUDIADOS EN HOSPITALES DE MOSCU Y HABANA



Estudio clínico

La clasificación general más aceptada divide a los quistes del pulmón en congénitos o verdaderos y adquiridos. Su distinción se basa en criterios estrictamente basados en su aspecto histico y son difíciles de establecer, ya que en la variedad congénita el quiste está tapizado por alguna forma de epitelio-respiratorio, que en el transcurso de una infección sobreañadida puede perder las características de éste y los quistes adquiridos pueden epitelizarse en su interior, a partir del epitelio del bronquio de drenaje, como se puede observar en la curación de algunas cavernas tuberculosas.³

Hinshaw señaló que los quistes pulmonares son siempre de origen embrionario; que se localizan dentro del pulmón o en otra parte, generalmente el mediastino.^{4,5} Otros autores afirman que se trata de disgenesias y que se originan a punto de partida de la detención del desarrollo del árbol bronquial en períodos embrionarios.⁶

La presencia de un líquido espeso en el interior del quiste, evidentemente se relaciona con la obliteración de la comunicación bronquial.

El verdadero origen del quiste pulmonar no es bien conocido, de ahí que todavía exista confusión y discrepancias para establecer una clasificación capaz de agrupar adecuadamente a los quistes de origen broncopulmonar.

Los síntomas del quiste del pulmón, varían de acuerdo con la edad del paciente, el tamaño del quiste y la presencia de un mecanismo valvular en la comunicación de éste con el árbol bronquial.

En la infancia los quistes pueden aparecer asintomáticos cuando no hay expansión ni infección (23% de nuestros casos). Las manifestaciones clínicas son subsecuentes a la existencia de expansión o infección del quiste: en el primer caso, los pacientes ingresan con disnea y a veces cianosis (16,3%); y en el segundo, presentan un cuadro similar a la neumonía, absceso pulmonar o bronquitis recurrente, manifestaciones propias de la infección de los quistes (38,4%). Los quistes expansivos generalmente aparecen en el período neonatal o en la primera infancia; pueden evolucionar en forma fulminante que requiera diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico de urgencia. El mecanismo esencial para la producción de tales lesiones es la obstrucción bronquial o bronquiolar en válvula que permite la entrada de aire, pero no su salida.

Al distenderse el quiste comprime gradualmente los tejidos vecinos y rechaza al mediastino hacia el lado sano.^{7,8}

De esta manera se pueden producir las siguientes alteraciones:

- Compresión del pulmón contralateral.
- Torsión de los grandes vasos, especialmente la vena cava, con posible obstrucción del retorno venoso.
- Neumotórax debido a tensión por ruptura del quiste insuflado.

En nuestro trabajo encontramos quistes pulmonares en 13 niños que presentaron los siguientes síntomas en orden de frecuencia: tos (76,9%), expectoración (76,9%), fiebre (38,4%) y disnea (15,3%).

Ningún niño menor de 13 años presentó hemoptisis. *Laffery* informó los casos de 8 niños menores de 6 meses, en los cuales los quistes desaparecieron espontáneamente (gráfico 2).

Los niños mayores o adultos pueden permanecer asintomáticos o con síntomas ligeros durante muchos años, habitualmente se quejan de tos ligera y disnea y es raro encontrar en ellos un severo distress respiratorio. Parece ser que el crecimiento lento del quiste, permite al organismo adaptarse a él y sólo cuando el crecimiento del mismo es des-

mesurado, los síntomas se hacen severos (gráfico 3).

Las complicaciones del quiste pulmonar son frecuentes (40% de nuestros casos) y suelen enmascarar la presencia del quiste, las más comunes son: infecciones inespecíficas, neumotórax espontáneo y absceso en el adulto; en el recién nacido, el neumotórax por tensión es la principal complicación. El quiste es más frecuente en el hombre que en la mujer y en el niño que en la niña.

Diagnóstico

Positivo. El cuadro clínico presentado por los pacientes (tos, expectoración, disnea, hemoptisis, etc.) no basta para realizar el diagnóstico de quiste del pulmón, sobre todo, teniendo en cuenta que muchas enfermedades se asocian o concomitan con el quiste (41,3% de nuestros casos) y que presentan síntomas similares.

En muchos pacientes, la evolución transcurre sin síntomas (26% de adultos y 23% de niños), y éstos son detectados ocasionalmente en el transcurso de un examen radiográfico. Otras veces las complicaciones de los quistes son responsables de los síntomas clínicos. El examen radiográfico resulta imprescindible para sospechar la enfermedad,

Gráfico 2

SINTOMAS CLINICOS (NIÑOS)

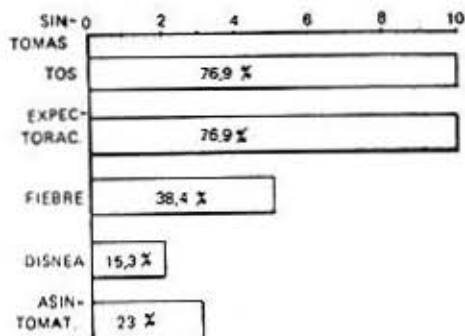


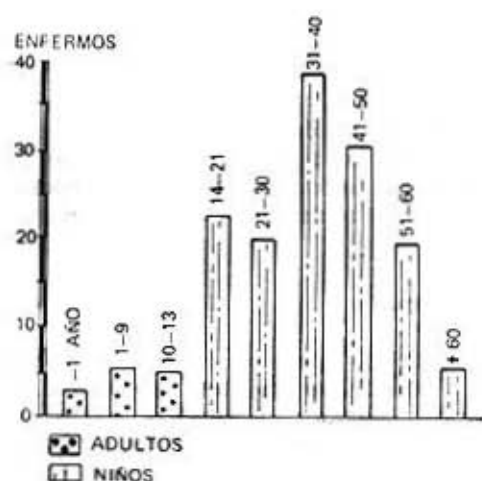
Gráfico 3

SINTOMAS CLINICOS (ADULTOS)



Gráfico 4

DISTRIBUCION DE NIÑOS Y ADULTOS SEGUN EDAD



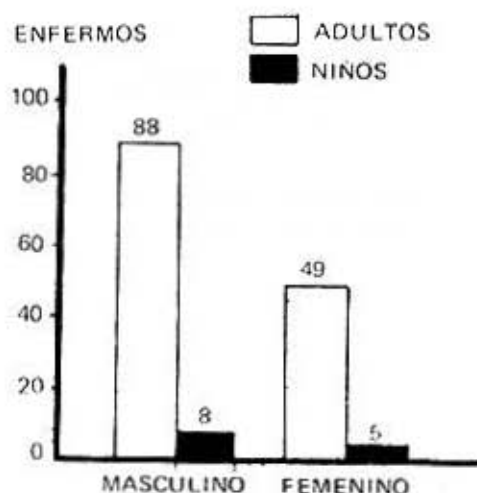
pero no constituye, en modo alguno, el diagnóstico de certeza, ya que sólo el estudio histico y el hallazgo del epitelio bronquial en la pared del quiste pueden confirmar el diagnóstico.^{10,11}

Diferencial

La diversidad de procesos que producen síntomas similares a los del quiste del pulmón dificultan extraordinariamente el diagnóstico de éste, de ahí que sea necesario hacer el diagnóstico diferencial con estas afecciones del aparato respiratorio: quistes pulmonares múltiples, linfagiectasia congénita, malformación congénita quística adenomatosa de los pulmones, secuestro pulmonar, neumatocele posinfeccioso, abscesos pulmonares, cavidades tuberculosas, bronquiectasia quística, etc. El diagnóstico más difícil se presenta con la hernia diafragmática y el neumotórax en el recién nacido. En ambos, los síntomas clínicos son similares; en la hernia diafragmática, la presencia de niveles hidroaéreos en el tórax y la ausencia de asas intestinales en el abdomen, sugieren el diagnóstico. El neumotórax puede

Gráfico 5

DISTRIBUCION EDAD Y SEXO



producirse por la ruptura de un quiste o por otras causas ajenas a éste y dar un cuadro similar al quiste por tensión.¹²

DISCUSION

Fueron estudiados 137 adultos, de los cuales, 40 (26,6%) estaban asintomáticos, y fueron la tos (31,3%), expectoración (30%) y el dolor torácico (26,6%), los síntomas más frecuentes; solamente el 2% presentó hemoptisis franca. De los 13 niños estudiados, 3 estaban asintomáticos, y la tos y expectoración se presentó en el 76,9%; la fiebre estuvo presente en el 38,4% de los pacientes y fue un signo casi constante de infección. Los signos físicos dependieron del tamaño del quiste y de las complicaciones (neumotórax, supuración, tensión, etc.).

Ningún quiste menor de 2 cm provocó signos físicos: 96 enfermos (64%) fueron del sexo masculino, de los cuales, 8 eran niños; y 54 (36%) correspondieron al sexo femenino y de ellas, 5 fueron niñas (gráficos 4 y 5).

CONCLUSIONES

1. Los quistes pulmonares menores de 2 cm y periféricos, suelen permanecer asintomáticos durante años, y solamente son descubiertos mediante un examen fortuito del tórax, mediante rayos X.
2. En el niño predominan la tos, expectoración y fiebre; y en el adulto, al cuadro anterior se sobreañade el dolor torácico y la expectoración hemoptoica, que pueden ser motivo de consulta.
3. El quiste por tensión suele presentarse en el recién nacido con un cuadro de grave dificultad respiratoria y confundirse con otras entidades, tales como: hernia diafragmática, neumotórax por tensión, etc. Rara vez se presenta en el adulto.
4. Las infecciones inespecíficas y el neumotórax, son las complicaciones más frecuentes del quiste pulmonar, tanto en el niño como en el adulto; y los síntomas de éstas, son frecuentemente las únicas manifestaciones que presenta el enfermo.

SUMMARY

Cruz García, N. *Solitary lung cyst. Its manifestations in children and adults.* Rev Cub Ped 51: 4, 1979.

The clinical and pathophysiological characteristics of solitary or congenital lung cysts were studied, and differences between children and adults were compared. It was shown that lung cysts involve different characteristics between childhood and adulthood and also that they may induce no symptoms for several years.

RESUMÉ

Cruz García, N. *Kyste pulmonaire solitaire. Façon dont il se manifeste chez l'enfant et chez l'adulte.* Rev Cub Ped 51: 4, 1979.

Les caractéristiques cliniques et physio-pathologiques du kyste solitaire ou congénital du poumon sont étudiées, et les différences existantes entre l'enfant et l'adulte sont comparées. L'auteur constate que le kyste pulmonaire présente différentes caractéristiques dans ces âges et qu'il peut rester asymptomatique pendant des années.

BIBLIOGRAFIA

1. Baum, G. et al. Cystic disease of the lung. Am J Med 40: 578, 1966.
2. Rodríguez Padilla, F. Un caso de quiste congénito a tensión en el adulto. Rev Clin Esp 121: 479, 1971.
3. Eraklins, N. T.; Mc Govern, J. B. Quistes broncogénicos del mediastino en la infancia. N Engl J Med 281: 21-20, nov. 1969.
4. Herbert, C. Bronchogenic cyst. Radiology 57: 200, 1951.
5. Hinshaw, C.; Henry, L. Malformaciones quísticas congénitas. En: Enfermedades del Tórax, Ed. Revolucionaria, pp. 380-387, La Habana, 1968.
6. Alba, J.; Ruiz Velázquez, J. S. Malformaciones quísticas pulmonares. Rev Clin Esp Pediatr pp. 170-180, 1973.
7. Gulianov, D. C.; Evtigneev, U. A. Quistes gigantes de los pulmones y su tratamiento quirúrgico. Revista de Medicina de Uzbekistán, No. 9-1974, 35, 36, 37, 38.
8. Gibbon, J. Surgery of infancy and childhood. W. B. Saunders, Philadelphia, 1962.
9. Gross, R. E. Congenital cystic lun. Ann Surg 123-229, 1946.
10. Artemlok, A. G. Casos de quistes gigantes de retención del pulmón. Bestnik Radiologija 98, 99, 100, 1970.
11. Barnet, H. Cyst of the lung. Pediatrics pp. 100-130, Barnet Herne, 15th., Ed. Appleton Century Crofts, New York, 1972.
12. Craig, J. Kirckpatrick, J. Congenital cystic adenomatoid. Malformation of the lung in children. Ann J Roentgen 76, 516, 1956.

Recibido: noviembre 30, 1978.

Aprobado: enero 20, 1979.