



P-159 - QUISTE BRONCOGÉNICO DE LOCALIZACIÓN INTRATIROIDEA. UNA ENTIDAD MUY INFRECUENTE

D. Pérez Gomar, S. Roldán Ortiz, A. Bengoechea Trujillo, M. López Zurera, M. Fornell Ariza, J.M. Jiménez Martínez, A. García Poley, M.J. Castro Santiago, M.C. Bazán Hinojo, J.M. Pacheco García y J L. Fernández Serrano

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial, normalmente se desarrollan en el parénquima pulmonar o en el mediastino, aunque se han descrito localizaciones atípicas. Presentamos el caso de una paciente de 19 años de edad estudiada por tumoración paralaríngea izquierda que le ocasiona fiebre en varias ocasiones.

Caso clínico: Mujer de 19 años que presenta proceso inflamatorio a nivel cervical que le ocasiona fiebre, cediendo la sintomatología tras la instauración de antibioterapia. A la exploración física presenta una tumoración paralaríngea izquierda, regularmente delimitada y fija a planos profundos, no presenta adenomegalias. Se realiza ecografía que evidencia un área flemonosa en región anterior cervical, craneal a lóbulo tiroideo izquierdo. La PAAF muestra una lesión inflamatoria aguda inespecífica. En el TAC se aprecia adyacente al polo superior del lóbulo tiroideo izquierdo un área mal delimitada que comunica con nódulo intratiroideo de 7,3 mm, informando de la posibilidad de quiste de la cuarta hendidura branquial complicado. Se realiza hemitiroidectomía izquierda y se confirma en el estudio anatomo-patológico definitivo que se trata de un quiste intratiroideo revestido por epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado, compatible con broncogénico intratiroideo

Discusión: Los quistes broncogénicos son anomalías congénitas del árbol traqueobronquial, procesos benignos relativamente poco frecuentes, que se localizan fundamentalmente en mediastino y parénquima pulmonar. Maier en 1948, clasificó los quistes broncogénicos de acuerdo a su ubicación en intraparenquimatosos y mediastinales, estos últimos a su vez en paratraqueales, carinales, hiliares, paraesofágicos y atípicos. Dentro de estos últimos se incluyen los de ubicación cervical, que pueden presentar diferentes ubicaciones, en el caso clínico que presentamos a nivel intratiroideo. Existen publicados unos 70 casos de quistes broncogénicos cervicales, de éstos, el 75% se sitúan en línea media, mientras que el resto son laterales. Sólo existen 3 casos publicados de quiste broncogénico intratiroideo. El diagnóstico requiere de la realización de TAC o RMN, la PAAF presenta poca utilidad en las lesiones quísticas, el diagnóstico definitivo lo aporta el estudio anatomo-patológico de la pieza, caracterizándose por un revestimiento de epitelio columnar ciliado y la presencia de cartílago, relleno de material mucoide. En cuanto a la sintomatología, puede no presentar clínica, y de presentarla se debe a razones compresivas o infecciosas. En nuestro caso, se manifestó por fiebre, a consecuencia de la sobreinfección del quiste, algo que puede ocurrir en la evolución de dicha entidad. Respecto a la actitud terapéutica, Bolton y Shahian abogan por el tratamiento quirúrgico sólo para los pacientes sintomáticos. St. Georges et al, observó en el seguimiento de una serie de casos, que el 72% desarrollaban síntomas y/o complicaciones a lo largo de los años. En

definitiva, hoy día se tiende al tratamiento quirúrgico tanto en pacientes sintomáticos como en asintomáticos, basándose en 3 puntos fundamentalmente: a) el diagnóstico definitivo lo ofrece el estudio anatomo-patológico de la pieza; b) una alta proporción de pacientes se vuelven sintomáticos o presentan complicaciones del quiste; c) existe posibilidad de degeneración maligna. En el caso que nos ocupa se realizó una hemitiroidectomía izquierda.