

Cirugía torácica video asistida en los quistes broncogénicos.

Dres. M. Barrenechea , L. Korman, M. Boglione, M. Bailez

Servicio de Cirugía General, Hospital de Pediatría J.P. Garrahan. Buenos Aires, Argentina

Resumen

Los quistes broncogénicos son el resultado de una alteración en el esbozo embriogénico de la vía aérea. Pueden presentarse con síntomas compresivos, de infección u obstrucción o ser totalmente asintomáticos. Entre mayo de 1997 y julio del 2001 se trataron cinco pacientes con diagnóstico de quiste broncogénico los cuales se resolvieron por cirugía torácica video asistida (CTVA). En esta presentación solamente analizaremos los tres pacientes cuyo quiste broncogénico era de localización paratraqueal. La CTVA permitió una excelente visualización de las masas mediastinales las cuales se resecaron sin dificultad por medio de disección y coagulación. Los tiempos quirúrgicos fueron similares en todos los procedimientos. El seguimiento es de 3 meses a 4 años sin presentar recidiva. Todos los pacientes desarrollan una vida normal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste broncogénico en los 3 casos. Entre las ventajas de la CTVA se encuentra el beneficio por menor agresión a los tejidos, disminución del dolor postoperatorio, alta precoz y mejora en el aspecto cosmético. Creemos que la CTVA es una indicación precisa para el tratamiento de los quistes broncogénicos de localización paratraqueal.

Palabras clave: Quiste broncogénico - Tumor de mediastino - Cirugía video asistida.

Summary

Bronchogenic cysts (BC) results from embryological airway primordium disruption. Bc may appear as compressive or infectious masses, causing obstruction or as a casual finding being completely asymptomatic. Between May 1997 and July 2001 five patients with BC were thoracoscopically operated on. In this report we only analyze 3 cases of paratracheal localization. Video-assisted thoracic surgery (VATS) showed excellent visualization, allowing uneventful mass resection. Surgical procedure duration time was similar in all cases. Three months to 4 years follow-up showed no recurrence. All patients have normal life activities. Histologic studies confirmed BC presumption. We believe that VATS is useful for paratracheal BC resolution.

Index words: Bronchogenic cysts - Video-assisted thoracic surgery – Mediastinal tumor

Resumo

Os cistos broncogénicos são o resultado de uma alteração no esboço embriológico da via aérea. Podem apresentar-se com sintomas compressivos, de infecção ou obstrução ou ser totalmente assintomáticos. Entre maio de 1997 e julho de 2001 foram tratados cinco pacientes com diagnóstico de cisto broncogénico os quais foram tratados por cirurgia torácica video assistida (CTVA). Nesta apresentação somente analisaremos os três pacientes cujos cistos broncogénicos eram de localização paratraqueal. A CTVA permitiu uma excelente visualização das massas mediastinais as quais foram ressecadas sem dificuldade por meio de dissecação e coagulação. Os tempos cirúrgicos foram semelhantes em todos os procedimentos. O seguimento é de 3 meses a 4 anos sem recidiva. Todos os pacientes desenvolveram vida normal. A anatomia patológica confirmou o diagnóstico de cisto broncogénico nos 3 casos. Entre as vantagens da CTVA encontra-se o benefício de uma menos agressão aos tecidos, diminuição da dor no pós-operatório, alta precoce e melhora do aspecto cosmético. Acreditamos que a CTVA é uma indicação precisa para o tratamento de cistos broncogénicos de localização paratraqueal.

Palavras chave: Cisto broncogénico - Tumor de mediastino - Cirurgia video assistida

Introducción

Los quistes broncogénicos son el resultado de una alteración en el esbozo embrionario de la vía aérea¹. Están recubiertos por epitelio cilíndrico ciliado (epitelio bronquial). Su localización depende del momento en que se produce la alteración en el desarrollo del árbol traqueobronquial. Dos tercios son de localización mediastínica, el resto se ubica en forma intraparenquimatosa, y más raramente se pueden presentar en cuello, lengua o abdomen².

Pueden presentarse con síntomas compresivos, de infección u obstrucción o ser totalmente asintomáticos^{3,4}.

Presentamos en este trabajo tres pacientes con quiste broncogénico de localización paratraqueal, resueltos mediante cirugía torácica video asistida (CTVA).

Presentación de los casos

Entre mayo de 1997 y julio de 2001 se trataron en nuestro hospital cinco pacientes con diagnóstico de quiste broncogénico los cuales se resolvieron por CTVA. En esta presentación solamente analizaremos los tres pacientes cuyo quiste broncogénico era de localización paratraqueal.

En los procedimientos de CTVA los pacientes se colocaron en posición de toracotomía. Se utilizó intubación selectiva en dos casos con tubo doble lumen y en otro intubación bronquial más bloqueo con catéter de Fogarty. Se utilizaron tres canales de trabajo según técnica de la triangulación. En todos los casos se abrió la pleura mediastinal y se realizó resección del quiste abandonando un casquete sobre la vía aérea el cual se topicó con alcohol iodado, excepto en un paciente por ser alérgico al yodo. En todos los casos se aseguró la expansión pulmonar y se dejó avenamiento pleural.

Caso 1: Niña de 3 años con antecedentes de catarro de vía aérea superior.

En la radiografía de tórax se evidencia imagen paracardíaca derecha. La tomografía axial computada (TAC) evidencia una masa quística unilocular que comprime parcialmente el bronquio fuente derecho con enfisema pulmonar ipsilateral.

Se realizó traqueobroncoscopia intraoperatoria que descartó anomalías estructurales, mostrando una compresión extrínseca del bronquio fuente derecho.

Se realizó CTVA con intubación del bronquio fuente izquierdo y bloqueo del bronquio derecho con ca-

téter de Fogarty. Se utilizó técnica de triangulación con dos trócares de 5 mm y uno de 10 mm. Como dificultad intraoperatoria se produjo desplazamiento del Fogarty, con la consiguiente insuflación pulmonar con lo cual se colocó un cuarto trocar para separar el pulmón. Se realizó destechamiento y topicación con alcohol iodado; drenaje pleural por 48 horas. El paciente se externó a las 72 horas posquirúrgicas. En su seguimiento a cuatro años no evidenció recidiva.

Caso 2: Paciente de 10 años de sexo femenino con antecedentes de neumonía y atelectasias repetidas que recibió tratamiento para tuberculosis durante 9 meses. En la radiografía de tórax se vió una imagen redondeada, paratraqueal derecha en mediastino superior. El esofagograma mostró una impronta esofágica superior. La TAC evidenció una imagen redondeada paratraqueal derecha con compresión de la misma. Se le realizó endoscopia respiratoria donde se observó la compresión traqueal. Se realizó CTVA del lado derecho con tubo endotraqueal de doble lumen. Se utilizaron tres canales de trabajo: uno de 11,5 mm y dos de 5,5 mm. La técnica utilizada fue el destechamiento del quiste. Buena evolución postoperatoria con extracción del drenaje pleural antes de las 24 horas luego del procedimiento y externación a las 24 horas.

A un año y medio de seguimiento no se observa recidiva.

Caso 3: Varón de 12 años, sin antecedentes de importancia; en un control rutinario de salud se detectó en una radiografía de tórax una masa en mediastino superior. La TAC mostró la presencia de una formación redondeada, de bordes netos, de densidad de 30 unidades Hounsfield, de aspecto homogéneo, que medía 4,8 x 3,5 x 7 cm en mediastino superior derecho y produciendo un efecto de masa. Se efectuó CTVA con anestesia general e intubación selectiva mediante tubo doble lumen. Se efectuó la resección de la masa quística (Fig. 1) quedando un casquete pegado a la tráquea, el que se topicó con alcohol iodado (Fig. 2). Para ello se utilizaron tres canales de trabajo de 5,5 mm de forma triangular. La evolución postoperatoria fue satisfactoria. El drenaje pleural permaneció menos de 24 horas y se otorgó el alta a las 24 horas del procedimiento.

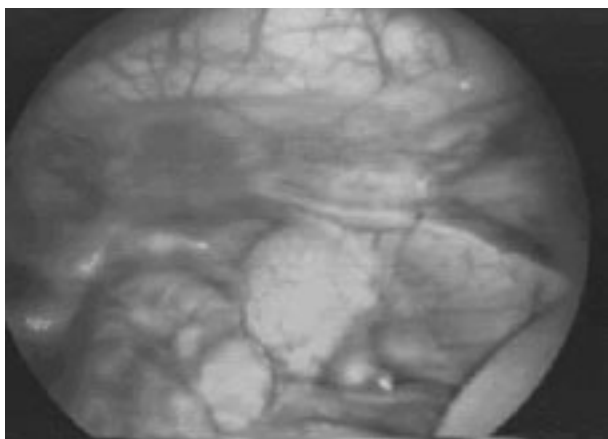


Fig. 1: visión laparoscópica del quiste broncogénico.

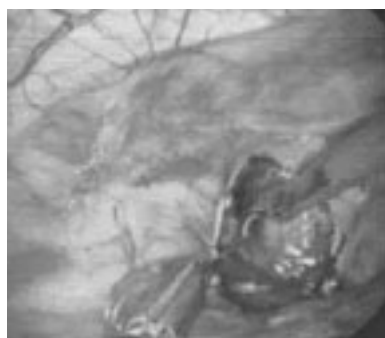


Fig. 2: visión del lecho, una vez efectuada la exéresis del quiste, preservando la pared común con la tráquea.

Discusión

La CTVA permitió en todos los casos una excelente visualización de las masas mediastinales las cuales se resecaron sin dificultad por medio de disección y coagulación. Los tiempos quirúrgicos similares en todos los procedimientos: fueron de aproximadamente 4 horas desde el ingreso hasta la salida del quirófano.

En una de las cirugías se produjo un inconveniente técnico: movilización del catéter Fogarty e insuflación del pulmón. Esto pudo corregirse mediante la separación por medio de otro canal de trabajo. No se produjeron complicaciones en el intra operatorio ni el postquirúrgico. El seguimiento es de 4 años, un año y medio y tres meses respectivamente sin presentar recidivas. Todos los pacientes desarrollan una vida normal. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico de quiste broncogénico en los 3 casos.

Entre las ventajas de la CTVA se ha reportado el beneficio por menor agresión a los tejidos, disminución del dolor postoperatorio, alta precoz y mejor aspecto cosmético^{5,6}.

Por esto creemos que la CTVA es una indicación precisa para el tratamiento de los quistes broncogénicos de localización paratraqueal^{7,8}.

Bibliografía

1. Gray SW., Skandalakis JE: Embrilogy for Surgeons. Philadelphia, PA, Saunders, 1972.
2. J. G. Nuchtern and F. J. Harberg: Congenital Lung Cysts, Sem Ped Surg; 3: 233-243, 1994.
3. R. M. Kravitz: Congenital malformations of the lung, Ped Clin north Am; 41,453-472, 1994
4. K. Nobuhara, Y. Gorski, M. La Quaglia, et al: Bronchogenic Cysts and Esophageal Duplications: Common Origins and Treatment, J Ped Surg; 32:1408-1413, 1997.
5. PW Dillon, RE. Cilley, and TM. Krummel: Video-assisted thoracoscopic excision of intrathoracic masses in children: report of two cases, Surg Laparosc Endosc; 3: 433-436, 1993.
6. S.Rothemberg: Thoracoscopy in infants and children, Sem Ped Surg; 3: 277-282, 1994.
7. JA. Kern, TM. Daniel, CG. Tribble, et al: Thoracoscopic diagnosis and treatment of mediastinal masses, Ann Thorac Surg; 56 :92-96, 1993
8. C. Merry, W. Spurbeck, and T. Lobe: Resection of foregut-derived duplications by minimal-access surgery, Ped Surg Int; 15: 224-226, 1999.

Trabajo presentado en el IV Congreso del CIPESUR, noviembre de 2001, Montevideo, Uruguay

Dr. M. Barrenechea
Alem 637
(6700) Lujan
Argentina