

RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE UN QUISTE BRONCOGÉNICO RETROPERITONEAL. REPORTE DE UN CASO EN PANAMÁ.

LAPAROSCOPIC RESECTION OF A RETROPERITONEAL BRONCHOGENIC CYST. A CASE REPORT IN PANAMA.

Tello, Eliécer* ; Juárez, Humberto[†] ; González, José Richard[‡]

*Médico Funcionario Cirujano Endocrinólogo, C.H.Dr.A.A.M.

[†]Médico Residente de Cirugía General, C.H.Dr.A.A.M.

[‡]Médico Interno de Primera Categoría, Hospital Ezequiel Abadía, Soná.

Recibido: 2 de noviembre de 2013.

Aceptado: 26 de enero de 2014.

González J R, Tello E, Juárez H. Resección Laparoscópica de un Quiste Broncogénico Retroperitoneal. Reporte de un caso en Panamá.
Rev méd cient 2013; 26(2): 10-22.

RESUMEN

Los quistes broncogénicos son defectos congénitos que se deben a la aberración en la gemación del intestino primitivo anterior y raramente pueden aparecer en el retroperitoneo.

Se trata de paciente masculino de 48 años procedente de San Miguelito con antecedentes personales patológicos de litiasis coraliforme piélica izquierda y litiasis ureteral derecha manejada con catéter ureteral doble J bilateral. Acude al cuarto de urgencias del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid por cólico renal reagudizado. Se le realiza tomografía computada urológica con hallazgo incidental de masa lobulada de 6x5.2x5.2cm dependiente de la pared posterior del fondo gástrico que se encuentra en íntimo contacto con la región frénica izquierda.

Luego de la extracción del catéter ureteral doble J derecho previo por litotricia debido a la calcificación del extremo proximal, colocación del nuevo catéter doble J en uréter derecho y recambio de catéter ureteral doble J izquierdo por el servicio de urología es trasladado a cargo del servicio de Cirugía General donde se le realiza laparoscopia diagnóstica y terapéutica, resección de quiste subdiafrágico más rafia de diafragma izquierdo con colocación de tubo pleural.

PALABRAS CLAVES: Quiste broncogénico, laparoscopia, retroperitoneo.

ABSTRACT

Bronchogenic cysts are embryological defects from the aberration in the budding of the primitive gut and are uncommon in the retroperitoneum.

A 48 year old male from San Miguelito with left complete staghorn calculi and right urethral calculi managed with bilateral urethral double J stent came to the emergency room of the Dr. Arnulfo Arias Madrid Hospital with worsening of his renal colic. A Computed Tomography was performed, with an incidental finding of a lobulated mass of 6x5.2x5.2cm in the posterior portion of the gastric fundus in intimate contact with the left phrenic region.

After prior bilateral removal of both double J urethral stents and replacement with a new set of double J urethral stents (the right stent through lithotripsy due to proximal calcification) by the urologist, the patient is transferred to the General Surgery Service whom performed a therapeutic and diagnostic laparoscopy, retroperitoneal cyst resection plus left diaphragm rafia and a chest tube placement.

KEY WORDS: Bronchogenic cysts, laparoscopy, retroperitoneum.

INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos (QB) son defectos congénitos que se deben a un error en la gemación del intestino primitivo anterior.¹ Se describen generalmente posterior al mediastino, cercano a la carina en su cara dorsal e intrapulmonarmente. Se han descrito en los tegumentos, tejido subcutáneo, a nivel esofágico, gástricos, cervicales, intradiafragmáticos, pericárdicos; pero raramente aparecen en el retroperitoneo.^{1,2,3} Hasta abril de 2005 en el idioma inglés solo se habían reportado 47 casos de quistes broncogénicos subdiafragmáticos y 22 casos reportados que no corresponde al idioma inglés.³

Dentro de las patologías quirúrgicas las masas quísticas retroperitoneales no son descritas con frecuencia, de las pocas que se estudian, solo un poco más de dos tercios resultan ser malignas; y dentro del tercio que no las reporta se incluyen los lipomas y leiomiomas, entre otros.^{1,4} El hallazgo de masas quísticas debido a malformaciones en el desarrollo embriológico del intestino anterior se reporta cada vez más en los últimos años.⁵

Gran parte de los casos se descubren incidentalmente, por ende, el diagnóstico diferencial preoperatorio a menudo incluye tumores potencialmente malignos que requieren la resección quirúrgica para obtener un diagnóstico histopatológico definitivo.³ A continuación presentamos la historia clínica de un paciente conocido por patologías urológicas que ingresa vía cuarto de urgencias por reagudización de cólico renal que incidentalmente la tomografía computada urológica evidenció masa retroperitoneal.

CASO CLÍNICO

Enfermedad Actual

Paciente masculino de 48 años, procedente de San Miguelito, con antecedentes personales patológicos de litiasis coraliforme piélica izquierda y litiasis ureteral derecha, el cual fue manejado con catéter ureteral doble J bilateral. Acude al cuarto de urgencias del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid (C.H.M.Dr.A.A.M.) por dolor tipo cólico reagudizado en flanco derecho irradiado al área escrotal derecha de aproximadamente 18 horas de evolución, asociado a una semana de evolución de hematuria macroscópica indolora.

Debido a que el paciente presentaba historia de 4 meses de evolución de litiasis renal bilateral y en ese momento se encontraba en espera de cupo quirúrgico para nefrolitotomía percutánea izquierda más ureteroscopia derecha, es admitido a cargo del servicio de urología. Se le realiza tomografía computada urológica que revela hallazgo incidental de masa lobulada de 6x5.2x5.2cm dependiente de la pared posterior del fondo gástrico que se encuentra en íntimo contacto con la región frénica izquierda.

Luego de extracción de catéter ureteral doble J derecho por litotricia extracorpórea por ondas de choque debido a que ese presentaba calcificación del extremo proximal, y colocación de nuevo catéter ureteral doble J en uréter derecho y recambio de catéter ureteral doble J izquierdo por el servicio de urología, es trasladado a cargo del servicio de Cirugía General.

Historia Anterior**Antecedentes Personales Patológicos**

Muestra el resumen de caso de la hospitalización previa por litiasis renal en tercio distal de uréter derecho más litiasis coraliforme piélica izquierda en marzo de 2011.

Hábitos Sociales

Refiere alcoholismo socialmente, no cuantificable. Niega tabaquismo u otras drogas.

Antecedentes Personales no Patológicos

Paciente labora como conductor en empresa turística y vive en casa de paredes de cemento, techo de zinc, piso de cemento. Cuenta con luz, agua y servicio higiénico.

Antecedentes Heredofamiliares

Negados.

Antecedentes Quirúrgicos

Colocación de catéter ureteral doble J bilateral en el año 2011.

Medicamentos

Negados.

Revisión por Aparatos y Sistemas:

Síntomas generales: Niega pérdida de peso, adinamia, astenia, anorexia y fiebre.

Piel: Niega erupciones, ulceraciones, masas, prurito, cambio de coloración.

Cabeza: Niega cefaleas, vértigo y mareos.

Ojos: Niega diplopía, fosfenos, disminución de la agudeza visual y visión borrosa.

Cuello: Niega masas, dolor, rigidez.

Pulmones: Niega tos, esputo, disnea, sibilancias.

Corazón: Niega dolor torácico, ortopnea, palpitaciones.

Abdomen: Refiere dolor tipo cólico de intensidad 8/10 de 18 horas de evolución que no aumentaba o se mitigaba con el cambio de posición en el flanco derecho irradiado al área escrotal derecha asociado a una semana de evolución de hematuria macroscópica indolora que no era mitigado por 400 mg de ibuprofeno c/8 horas. Niega pirosis, náuseas, rectorragias, melenas, estreñimiento.

Vascular periférico: Niega claudicación intermitente, venas varicosas.

Genitourinario: Refiere hematuria macroscópica indolora. Niega nicturia, poliuria, disuria, incontinencia urinaria, vacilación, goteo, secreciones, prurito, úlcera en pene, hernias o masas.

Músculo Esquelético: Niega mialgias, artralgias, rigidez, debilidad o limitación de movimiento, edema, eritema.

Nervioso: Niega alteraciones sensoriales y motoras.

Examen Físico**Signos Vitales:**

- **Temperatura:** 37, 2 °C
- **Frecuencia Cardíaca:** 94 latidos/minuto
- **Frecuencia Respiratoria:** 17 ciclos/minuto
- **Tensión arterial:** 115/75 mmHg

Estado general: Consciente, alerta, orientado en las 3 esferas, cooperador.

Ojos: Pupilas isométricas normorreactivas a la luz.

Tórax: Simétrico, sin tiraje ni retracciones intercostales.

Corazón: Ruidos cardíacos rítmicos sin soplos ni galope.

Pulmones: Ruidos respiratorios rítmicos no se auscultan crépitos ni sibilancias.

Abdomen: Globoso a expensa de panículo adiposo. Blando, depresible, ruidos hidroaéreos presentes, no defensa ni rebote. No se palpan masas ni visceromegalias. Sin signos de irritación peritoneal.

Genitourinario: No hay alteraciones evidentes a la inspección de genitales externos. Sin globo vesical. Puño percusión positiva en área lumbar derecha e izquierda.

Tacto Rectal: Próstata 30g. Adenomatosa.

Extremidades: Simétricas sin edema, pulsos periféricos palpables. Llenado capilar menos de 2 segundos.

Piel: Sin lesiones

Neurológico: Glasgow 15/15. Pares craneales conservados. Reflejos osteotendinosos conservados. Sensibilidad y fuerza muscular conservada.

Interconsultas y Exámenes Realizados

1. **Biometría hemática** (Ver Tabla 1).

2. **Química sanguínea** (Ver Tabla 2).

Tabla 1. Resultados relevantes de la biometría hemática de ingreso.

Biometría hemática	Resultado	Valores normales
Hemoglobina	16,2 g/dL	12,5-18,0 g/dL
Leucocitos	9,29 (10^6 / μ L)	3,9 – 11,5 (10^6 / μ L)
Volumen corpuscular medio	94 fL	81-96 fL
Hemoglobina corpuscular media	31,5 pg/célula	26-34 pg/célula
Reticulocitos	0,88%	0,5%-1,5%
Hematocrito	48,4%	36-50%
Linfocitos	17,1%	25-50%
Neutrófilos	70 %	50-70%
Eosinófilos	2,4%	0-5%
Plaquetas	283000/ μ L	150000-400000/ μ L

Fuente: Expediente Clínico del paciente y valores de laboratorio normales del laboratorio clínico del C.H.M.Dr.A.A.M.

Tabla 2. Resultados relevantes química sanguínea de ingreso.

Química sanguínea	Resultado	Valores normales
Creatinina	3,07 mg/dL	0,67 – 1,17 mg/dL
Nitrógeno de urea	13 mg/dL	6-20 mg/dL
Sodio	143 mEq/L	136-145 mEq/L
Potasio	4,2 mEq/L	3,5-5,1 mEq/L
Calcio	8,6 mg/dL	8,8-10,2 md/dL
Albúmina	3,8 g/dL	3,4- 4,8 d/dL

Fuente: Expediente Clínico del paciente y valores de laboratorio normales del laboratorio clínico del C.H.M.Dr.A.A.M.

3. **Urianálisis** (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Resultados relevantes de urianálisis de ingreso.

Urinálisis	Resultado	Valores Normales
Sangre oculta	Aumentada → 4+	Negativo
Albúmina	Aumentada → 1mg/dL	Negativo
Leucocitos	Aumentada → 1+	Negativo
Glóbulos Rojos	Aumentada → > 50 por campo de alto poder	Negativo
Glóbulos Blancos	Aumentada → 1 – 2 por campo de alto poder	Negativo

Fuente: Expediente clínico del paciente.

4. **Radiografía de Tórax:** Negativo por patología.
5. **Ecografía renal:** Hidronefrosis moderada derecha. Incidentalmente se reconoce Esteatosis hepática.
6. **Tomografía Computada Urológica:** Ureterohidronefrosis leve derecha asociado a litiasis en el tercio distal de éste uréter y a líquido libre perirrenal. Hay litiasis renal ipsilateral y litiasis vesical no asociado a proceso obstructivo. Litiasis coraliforme izquierda sin cambios hidrostáticos. Incidentalmente se observa masa lobulada de 6 x 5.2 x 5.2 cm dependiente de la pared posterior del fondo gástrico que se encuentra en íntimo contacto con la región frénica izquierda. Presenta 2 calcificaciones en su interior, su realce es muy pobre con el medio de contraste. No hay adenopatías adyacentes. No hay metástasis a órganos sólidos incluidos en este estudio.

7. **Endoscopia alta. Estómago:** Mucosa de fondo, cuerpo y antro en patrón en mosaico, edematoso. Se toma biopsia de pliegue de cuerpo alto y medio. A la retroversión se evidencia incompetencia hiatal. Sin lesiones ocupantes de espacio en fondo gástrico.

8. **Biopsia gástrica:** Mucosa gástrica: Gastritis crónica leve. No se observan microorganismos.

9. **Resonancia Magnética Abdominal (RM):** Efecto de masa lobulada, bordes bien definidos, adhiere con base ancha a la crura diafragmática izquierda, desplaza la glándula suprarrenal izquierda en sentido lateral. Mide 4.55 x 4.49 x 5.75 cm (Ver Figura 1).

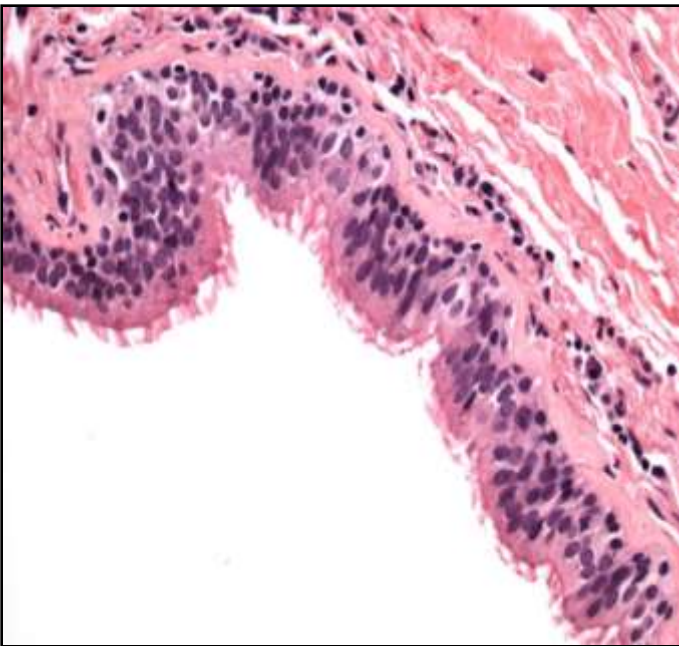
10. **Interconsulta a Cirugía General:** Se recomienda resolver patología urológica y luego traslado a cargo de Cirugía General.

Figura 1. RM de Abdomen. Flecha roja: masa que desplaza la glándula suprarrenal izquierda en sentido lateral.



Fuente: Servicio de Radiología, C.H.M.Dr.A.A.M.

Figura 2. Biopsia de Masa. Aumento x 100. Epitelio cilíndrico ciliado con glándulas submucosas.



Fuente: Servicio de Patología, C.H.M.Dr.A.A.M.

4. **Biopsia de Masa:** Quiste con epitelio cilíndrico ciliado. Glándulas submucosas. Sin cartílago. Quiste broncogénico (Ver Figura 2).

Tratamiento

- **Dipirona** 2 g IV lento y diluido c/6h por 8 días, luego c/8 horas por 3 días y luego c/12horas por 3 días hasta la atenuación del dolor. Es un analgésico no opiode.
- **Metroclopramida** 10 mg IV c/8h por 5 días, luego por c/12 horas por 5 días. Ayuda al control del vómito y las náuseas que causa irritación vesical de plexos mesentéricos y celíacos. Es procinético también.
- **Omeprazol** 40 mg IV c/d por 10 días. Es un inhibidor de la bomba de protones que sirve para la protección gástrica durante el ayuno prolongado.

- **Cefotaxima** 2 gramos IV c/8h por 14 días. Antibiótico, cefalosporina de tercera generación utilizado como profilaxis de infecciones de vías urinarias por su alta sensibilidad y baja resistencia a bacterias gramnegativas que son los patógenos urinarios más comunes.
- Mediante citoscopia se extrae el catéter ureteral doble J derecho previo por litotricia extracorpórea mediante ondas de choque debido a la calcificación del extremo proximal, se coloca de nuevo el catéter ureteral doble J en uréter derecho y se recambia el catéter ureteral doble J izquierdo.
- **Procedimiento:** Con técnica cerrada usando aguja de Veress en hipocondrio izquierdo se realizó pneumoperitoneo a 14 mmHg. Se colocó trocar de 12 mm a nivel de línea axilar anterior, luego bajo visión directa se posicionó trocar de 12mm en mesogastrio y dos trocres de 5mm en flanco e hipocondrio derecho. Se procedió a colocar separador hepático en epigastrio.

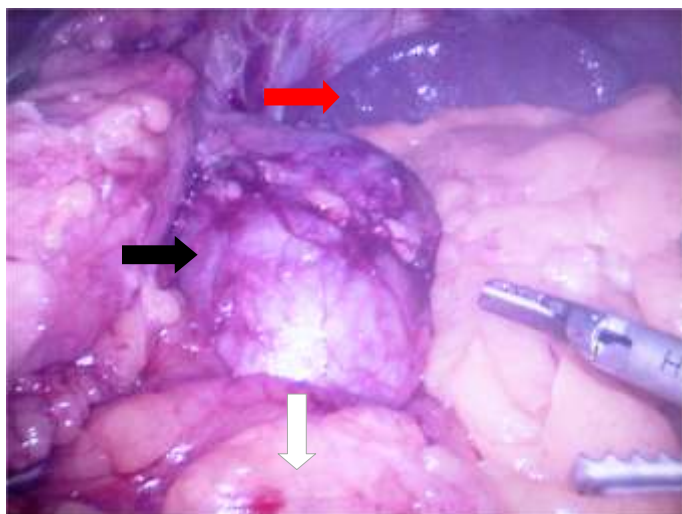
Se liberaron adherencias de la tumoración de la Unión Gastroesofágica izquierda con el bisturí Harmonico® y se procedió a liberar la parte posterior de la tumoración. Con disección del retroperitoneo se realizó resección de la tumoración en cuña del diafragma junto a la tumoración.

Se revisó la hemostasia y se cerró el diafragma con puntos en U con Prolene™. Se dejó Jackson-Pratt en el lecho quirúrgico y se extrae pieza con endobolsa por puerto en mesogastrio.

Figura 3. Colocación y ubicación de Trocares.



Figura 4. Laparoscopia diagnóstica. Flecha roja: bazo. Flecha blanca: Páncreas. Flecha negra: Quiste subdiafragmático.



Se cerraron los orificios de los trócares de 12 mm con Vycril™ 1-0 y se cerró la piel con PDS™ 4-0. Se colocó tubo pleural izquierdo de 28 French en el cuarto espacio intercostal línea media axilar para evacuar el pneumotórax secundario al pneumoperitoneo (Ver Figura 3).

- **Hallazgo:** Quiste adherido a la crura izquierda del diafragma, lateral a la unión gastroesofágica. Bilobulado 6 x 6 cm.

Figura 5. Después de la resección del quiste subdiafragmático. Flecha negra: diafragma. Flecha blanca: bazo.

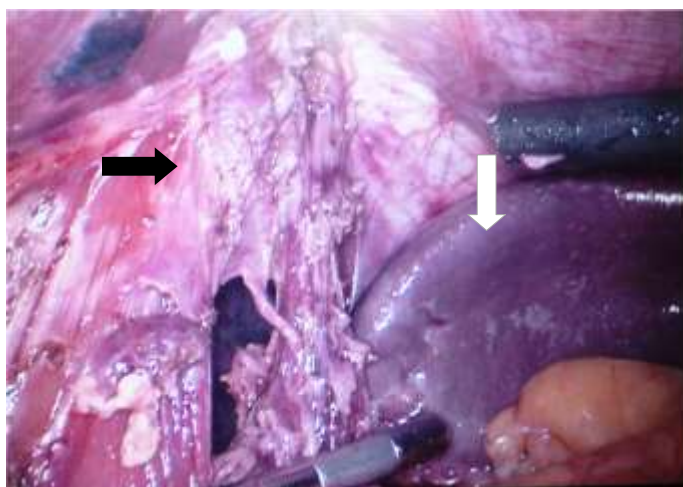


Figura 6. Después de la resección del quiste subdiafragmático. Flecha negra: diafragma. Flecha blanca: bazo.



Presencia de material mucoso. (Ver Figura 4, 5 y 6).

- **Evolución:** Favorable. Se le da dieta el primer día, retiro de tubo pleural el tercer día y retiro de drenaje el sexto día. Egreso sin complicaciones. Se le da de alta 4 meses después.

Diagnóstico Diferencial

El motivo de consulta del paciente fue su problema urológico, ya que la masa nunca mostró sintomatología. Una masa retroperitoneal abre un amplio repertorio de diagnósticos diferenciales; sin embargo para tener un diagnóstico definitivo se requiere la biopsia de la masa.

Con el advenimiento del uso de la tomografía computada y su uso para abordar el retroperitoneo se han encontrado incidentalmente un número mayor de casos de quistes que preoperatoriamente podríamos clasificar como de etiología neoplásicas y no neoplásicas. Las neoplásicas podrían abarcar desde el cistoadenoma mucinoso, linfangioma quístico, mesotelioma, teratoma quístico, quiste mülleriano, quistes epidermoides, pseudomixoma retroperitoneales y quistes broncogénicos. Podrían figurar en las no neoplásicas los pseudoquiste no pancreático, pseudoquiste pancreático, urinoma, linfocele y hematoma.⁶

Tumor del Estroma Gastrointestinal (GIST)

De las neoplasias mesenquimatosas del tracto gastrointestinal la más común, con casi el 80% de los casos reportados, es el GIST y representa el 5% de todos los sarcomas. Morfológicamente y biológicamente los GIST pueden presentarse en el hallazgo incidental de un nódulo benigno de menos de 1 cm como en grandes sarcomas, aunque hoy día todos son aceptados como potencialmente malignos. Pueden ubicarse en cualquier parte del tracto gastrointestinal pero casi el 50% se ubica en el estómago y 25% en el intestino delgado. Aparecen en cualquiera parte de la anatomía y se han reportado casos en el mesenterio y omento. En cálculos, 50% de los pacientes van a evidenciar metástasis y 66% de esas metástasis se alojarán en el hígado.⁷

En la TAC los GIST muestran una variable densidad con un irregular realce después de la aplicación del contraste endovenoso junto a distintos grados de necrosis dentro de la masa. Se pueden calcificar por la necrosis.⁸

La endoscopia no mostraba lesiones y la masa en el TAC evidenciaba 2 calcificaciones en su interior y el realce era muy pobre con el medio de contraste que no permitía descartar hasta que se resecara y se informara definitivamente el histopatológico.

Linfangioma Quístico

Los linfangiomas quísticos son poco comunes, son masas benignas congénitas que se producen debido a un fallo en el desarrollo embriológico del tejido linfático en la comunicación con el resto del sistema linfático. La mayoría ocurren en la cabeza y en la región axilar; una ubicación retroperitoneal es inusual.^{9,10} Son más frecuentes en el hombre y no tienen rango de edad específico.⁹

En la TAC el linfangioma quístico normalmente se presenta como una masa quística grande, de paredes delgadas, multilobulada con realce de la pared quística y los septos, el componente líquido es homogéneo con valores de baja atenuación.^{9,11}

En nuestro paciente, se presentaba una masa lobulada pequeña que presentaba 2 calcificaciones en su interior; su realce era muy pobre con el medio de contraste. No se podía descartar hasta el diagnóstico histopatológico.

Quiste Broncogénico (QB)

Los QB son raros y son defectos embriológicos benignos que resultan de la rotación anormal del árbol traqueobronquial en el desarrollo del intestino primitivo anterior.

Están revestidos por epitelio respiratorio con glándulas bronquiales, musculo liso y cartílago.⁶ En imágenes con TAC, los QB se presentan como masas bien redondeadas, bien delimitadas que si se encuentran en el retroperitoneo se encuentran usualmente en el espacio subdiafragmático, además pueden presentar calcificaciones.¹²

Nuestro paciente presentaba una masa bien delimitada con calcificaciones en su interior y se encontraba en el espacio subdiafragmático pero su diagnóstico no se corrobora hasta el informe histopatológico final.

Teratoma Quístico

Los teratomas quísticos retroperitoneales se componen de por lo menos dos de las tres capas germinales bien diferenciadas que son el ectodermo, mesodermo y endodermo. La mayoría de los pacientes son mujeres y suelen ser masas asintomáticas que se diagnostican generalmente en el período neonatal.

Un teratoma quístico probablemente será benigno, mientras que un teratoma sólido podría llegar a ser maligno.¹³

En un TAC, un teratoma maduro retroperitoneal evidenciaría una masa con un componente líquido bien circunscrito, tejido adiposo en su interior y calcificación. La presencia de calcificaciones en la pared del quiste y grasa en el interior de la masa son sugestivos de teratoma quístico.¹³

A pesar de ser masculino el paciente, se encuentran reportes de casos de Teratomas Maduros en éste sexo.¹⁴ Y con la presencia de una masa con 2 calcificaciones en su interior es difícil de descartar hasta tener una biopsia de la masa, aunque fuera muy improbable.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Definición

Los Quistes Broncogénicos son anomalías congénitas conformadas por epitelio cilíndrico ciliado disfuncional incomunicados con la vía respiratoria normal en el cual se podrían observar glándulas mucosas propias de los bronquios, músculo liso y cartílago hialino que se formarán por una falla en la gemación del intestino primitivo ventral, dentro de los días 26 y 40 de la vida intrauterina.^{1,15}

Si hubiera un quiste con epitelio ciliado sin ningún otro hallazgo propio de los bronquios sería difícil diferenciarlo de un quiste esofágico, por ende el término adecuado para llamarlo sería: quiste del intestino anterior.³

Historia

En 1859 Meyer hace la primera descripción de un QB y en 1925 Koontz publica el primer caso en la literatura americana. Swanson y colaboradores en 1928 exitosamente aspiraban y esclerosaba el QB con formaldehído. Por último usaba la solución de Dakin para la ablación de la cavidad.¹⁶

Epidemiología

No se cuentan con reportes de casos previos en la República de Panamá, pero se ha postulado por autores en la literatura que la frecuencia de los QB retroperitoneales podría ser de hasta 0,03% de la totalidad de tumores reportados.¹⁷

Generalmente, el 82% de los QB retroperitoneales se pueden localizar en el lado izquierdo, posterior al estómago en un triángulo que va a ser delimitado por la vena esplénica, la línea media de los cuerpos

vertebrales y el bazo junto al diafragma lateralmente.¹⁸

Un 60% de los casos se reportan en hombres y la edad media en manifestarse es 35,8 años con $\pm$ 16,39 desviaciones estándar que van desde las 10 semanas hasta los 62 años de vida.¹

Etiología

Hasta el momento es desconocida. Se ha especulado que los QB subdiafragmáticos podrían deberse al fallo en el plegamiento de una yema aberrante derivada del intestino primitivo ventral, con la subsecuente migración hacia el área retroperitoneal antes que se fusionen los componentes embriológicos del diafragma.¹⁹

Clínica

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. Los QB en su mayoría cursan con características bioquímicas y de imágenes no específicas, añadido al que el diagnóstico es histopatológico. Todo lo anterior mencionado crea un dilema clínico dado al amplio diagnóstico diferencial de un quiste.²⁰

La mayor parte de los QB subdiafragmáticos se diagnostican como masas incidentales por ende cursan sin síntomas, aunque pueden presentarse con dolor epigástrico o en la espalda.²¹

En el caso de nuestro paciente, la masa fue un encuentro incidental y los síntomas que lo llevaron a acudir al cuarto de urgencias fueron de origen urológico.

Diagnóstico por Imágenes

La radiografía abdominal es inespecífica y el ultrasonido abdominal evalúa la naturaleza quística y su relación con los órganos vecinos. Dentro de la masa, el ultrasonido mostrará ecogenicidad variable

mostrando usualmente patrones anecoicos con o sin hiperecogenicidad. Las técnicas de imágenes de elección recomendadas son la TAC y RM.¹⁷

Los QB en la TAC se podrán evidenciar como masas redondeadas, bien delimitadas e hipodensas que no captan contraste endovenoso. En la RM los QB muestran señal intermedia-alta en secuencias T1 y en T2 presentan señal hipertintensas si contienen mucho líquido.¹⁷

En el paciente, la masa en estudio presentaba dos calcificaciones en su interior, su realce era pobre con el medio de contraste en la TAC y en la RM tenía efecto de masa lobulada, bordes bien definidos, que era adherida con base ancha a la crura diafragmática izquierda, que desplazaba la glándula suprarrenal izquierda en sentido lateral. Todas estas descripciones de imágenes de la masa no brindaban un diagnóstico y por ende solo podíamos definir la etiología hasta el resultado de la histopatología.

Tratamiento

La resección quirúrgica se llevaría a cabo para aliviar la sintomatología si la hubiera y para establecer el diagnóstico histopatológico definitivo.²⁰

Generalmente se aborda por laparotomía^{3,19}, aunque hay reportes de abordajes laparoscópicos^{1,9,20,22,23,24} y el abordaje por retroperitoneoscopia¹.

El beneficio de la laparoscopia se ha promulgado por las pequeñas incisiones que se realizan, por la disminución de complicaciones post operatorias, disminución de los días intrahospitalarios y por el abaratamiento del costo para el paciente y el nosocomio.^{23,24,25}

Se han descrito abordajes laparoscópico con un trocar de 12mm en el cuadrante superior derecho y tres trocares de 5mm en la región supraumbilical, cuadrante superior izquierdo y el borde lateral subcostal izquierdo. El borde lateral del lóbulo del hígado se separa con un retractor de Nathanson (Cook Surgical, Bloomington, Indianapolis, USA) colocado en la región subxifoidea. Se recomienda la utilización de una cámara de 5mm con un ángulo de alcance de 30 grados. Después de disecar el retroperitoneo, ubicar y resecar la masa se procede a retirarla por el puerto de 12mm con una endobolsa.²⁶

La resección quirúrgica temprana se promulga para los QB, aunque sean asintomáticos; ya que las consecuencias desastrosas que pueden traer la falta de diagnóstico y el oportuno tratamiento en aquellos que son buenos candidatos quirúrgicos por el posible riesgo de malignidad, sangrado e infección en el cual podrían cursar en algún momento de la vida.²⁵

Nuestro paciente después de la resección laparoscópica se retiró del hospital con la tranquilidad que ya no tenía una masa, un beneficio para su estado psicológico que también pudimos percibir en nuestro seguimiento médico.

Histología

Los QB son de paredes delgadas y tienden a ocupar el espacio anatómico en el que surgen. Histológicamente un QB consiste en tejido ciliado, las glándulas bronquiales con secreciones de contenido mixto seromucoso, cartílago, músculo liso, tejido elástico y tejido fibroso.^{16,17} El QB está relleno de material mucinoso que puede ser claro, lechoso, turbio o hemático delimitado por epitelio cilíndrico ciliado pseudoestratificado. Puede haber metaplasia escamosa.¹⁶

Cuando se nos presenta un quiste retroperitoneal con epitelio respiratorio nuestro diagnóstico histopatológico diferencial debe incluir un teratoma quístico y secuestro broncopulmonar.²

En nuestro caso presentó epitelio cilíndrico ciliado, glándulas submucosas sin cartílago que nos llevó al diagnóstico de Quiste Broncogénico (Ver Figura 2).

Pronóstico

La malignidad en éstos QB es virtualmente inexistente²⁶ pero su malignización o el pasar desapercibido un tumor maligno plantea muchas dudas que generalmente se resuelven con el acto quirúrgico.

El paciente se le dio seguimiento médico después del egreso a los 15 días, al mes, a los tres meses y se le dio de alta a los 9 meses sin haber presentado complicaciones del QB y del procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Orellana, Franco; Cárdenas, Rubén; Manríquez, María Eugenia et al. Quiste broncogénico retroperitoneal. Caso Clínico. Rev Méd Chile 2007; 135: 924-931.
2. Vučić, Majda; Tomas, Davor; Zovak, Mario; Mijić, August; Krušlin, Božo. Retroperitoneal Peripancreatic Bronchogenic Cyst Mimicking Pancreatic Cyst Tumor. Acta Clinic Croat 2007; 46: 171-174.
3. Liang MK, Yee HT, Song JW, Marks JL. Subdiaphragmatic bronchogenic cysts: a comprehensive review of the literature. Am Surg. 2005; 71(12): 1034-41.
4. Badar Murtaza, Saira Saeed, Naser Ali Khan, Imran Bashir Malik, Asad Mahmood, Muhammad Ashraf Sharif, Ahsan Altaf Satti. Retroperitoneal Masses: Different Clinical Scenarios. J Ayub Med Coll Abbottabad; 2008; 20(4): 161-4.

5. Sharma S, Nezakatgoo N, Sreenivasan P, Vanatta J, Jabbour N. Foregut cystic developmental malformation: New taxonomy and classification - Unifying embryopathological concepts. *Indian J Pathol Microbiol* 2009; 52: 461-72.
6. Dal Mo Yang, Dong Hae Jung, Hana Kim, Jee Hee Kang, Sun Ho Kim, Ji Hye Kim, Hee Young Hwang. Retroperitoneal Cystic Masses: CT, Clinical, and Pathologic Findings and Literature Review. *Radiographics*. 2004; 24(5): 1353-65.
7. Ulas D Bayraktar, Soley Bayraktar, Caio M Rocha-Lima. Molecular basis and management of gastrointestinal stromal tumors. *World J Gastroenterol* 2010; 16(22): 2726-2734.
8. D Michael King. The radiology of gastrointestinal stromal tumours (GIST). *Cancer Imaging* (2005) 5, 150–156. DOI: 10.1102/1470-7330.2005.0109
9. Davidson AJ, Hartman DS. Lymphangioma of the retroperitoneum: CT and sonographic characteristic. *Radiology*. 1990; 175(2): 507-10.
10. Sabrina Talukdar, Swethan Alagaratnam, Ashish Sinha, Christopher Charles Thorn, and Colin Elton. Giant cystic lymphangioma in childhood: a rare differential for the acute abdomen. *BMJ Case Reports* 2011; doi:10.1136/bcr.04.2011.4105
11. Konen O, Rathaus V, Dlugy E, et al. Childhood abdominal cystic lymphangioma. *Pediatr Radiol* 2002; 32: 88–94.
12. Mei-Ching Huang, Liang-Kuang Chen, Tai-Nein Lu, ThoMas I. S. Hwang, Chin-Cheng Lee, Cheng-Tau Su. A Rare Case of Retroperitoneal Bronchogenic Cyst: a case report. *Chin J Radiol* 2008; 33: 109-113.
13. Davidson AJ, Hartman DS, Goldman SM. Mature teratoma of the retroperitoneum: radiologic, pathologic, and clinical correlation. *Radiology* 1989; 172: 421–425.
14. Areli Karime Cuevas-Ocampo, Sonia Tavares-García, Héctor Martínez-Gómez. Teratoma maduro del mesenterio en un hombre adulto. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (2): 209-212.
15. McAdams HP, Kirejczyk WM, Rosado-de-Christenson ML, Matsumoto S. Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiology*. 2000; 217(2): 441-6.
16. Joe W. R. Bolton, David M. Shahian. Asymptomatic Bronchogenic Cysts: What Is the Best Management? *Ann Thoruc Surg* 1992; 53: 1134-7.
17. M. Hernandorena González, J. R. Joudanin Seijo, J. M. Sanchís García y M. Pina Pallín. Quiste broncogénico de localización excepcional que simula una tumoración pancreática. *Radiología*. 2010; 52(5): 465–468.
18. Jorge Obando, Elmar Merkle, Sarah M. Bean. A Retroperitoneal Bronchogenic Cyst. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2009; 7 doi:10.1016/j.cgh.2008.11.011
19. Akira Ingu, Atsushi Watanabe, Yasunori Ichimiya, Tatsuya Saito and Tomio Abe. Retroperitoneal Bronchogenic Cyst: A Case Report. *Chest* 2002; 121; 1357-1359.
20. Raphael El Youssef, Maria Fleseriu Brett C. Sheppard. Adrenal and Pancreatic Presentation of Subdiaphragmatic Retroperitoneal Bronchogenic Cysts. *Arch Surg*. 2010; 145(3): 302-304.
21. Tina Runge, Annika Blank Stephan C Schäfer, Daniel Candinas, Beat Gloor, Eliane Angst. A Retroperitoneal Bronchogenic Cyst Mimicking a Pancreatic or Adrenal Mass. *Case Rep Gastroenterol* 2013; 7: 428-432.
22. Ishiza O, Misawa K, Nakazawa M, Nishizawa O. A retroperitoneal bronchogenic cyst: laparoscopic treatment. *Urol Int* 2004; 72: 269-70.
23. Kim Govaerts, Peter Van Eyken, Geert Verswijvel, Kurt Van der Speeten. A bronchogenic cyst, presenting as a retroperitoneal cystic mass. *Rare Tumors* 2012; 4:e13 doi:10.4081/rt.2012.e13
24. Matvey Tsivian, A Ami Sidi, Alexander Tsivian. Laparoscopic Management of Retroperitoneal Masses: Our Experience and Literature Review. *World Journal of laparoscopic Surgery* 2009; 2(2); 1-5.

25. Terry NE, Senkowski CK, Check W, Brower ST. Retroperitoneal foregut duplication cyst presenting as an adrenal mass. *Am Surg* 2007; 73: 89-92.
26. Kristin Galan, Jonathan A. Myers, Daniel Deziel. Subdiaphragmatic Foregut Cyst: Case Report, Differential Diagnosis, and Review of the Literature. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeon*. (2008) 12: 183–187.