



Quisto broncogénico: elemento radiológico sugestivo

Ana Moutinho¹, Graça Seves¹, Rafael Arroyo¹, Maurílio Gaspar¹, Rui de Carvalho Alves², Henrique Sá Couto², Ana Casimiro³, José Oliveira Santos³

1. Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo, Beja
2. Serviço de Cirurgia Pediátrica, Hospital D. Estefânia, Lisboa
3. Departamento de Pediatria, Unidade de Pneumologia, Hospital D. Estefânia, Lisboa

Resumo

O quisto broncogénico constitui a lesão quística mais comum do mediastino. Descreve-se o caso de uma criança do sexo feminino, de quatro anos de idade, com tosse estridulosa recorrente desde os dois anos e febre de início recente. A radiografia de tórax revelou desvio da linha ázigo-esofágica, o que levantou a suspeita de lesão mediastínica. A tomografia computadorizada torácica mostrou lesão mediastínica que foi posteriormente identificada por ressonância magnética como correspondendo a um quisto broncogénico. Três meses depois foi submetida a cirurgia com exérese do quisto e desde então, decorrido um ano, tem estado assintomática. Destaca-se a importância da identificação de referências radiológicas que podem ser relevantes para o diagnóstico de lesões ocupando espaço no mediastino.

Palavras-chave: quisto broncogénico, mediastino, imagens radiológicas

Acta Pediatr Port 2010;41(4):178-80

Bronchogenic cyst: suggestive radiological image

Abstract

Bronchogenic cyst is the most common cystic lesion in the mediastinum. We describe a four year old female child with recurrent stridulous cough since two years of age and recent onset of fever. The chest radiograph revealed azigo-esophageal line deviation, which raised the suspicion of a mediastinal lesion. The chest computed tomography showed a mediastinal lesion which was later identified by magnetic resonance imaging as corresponding to a bronchogenic cyst. Three months later, underwent surgery with excision of the cyst and since then, one year after the procedure, has been asymptomatic. This case highlights the importance of identifying radiologic references that may be relevant to the diagnosis of space occupying lesions in the mediastinum.

Key-words: bronchogenic cyst, mediastinum, radiologic images

Acta Pediatr Port 2010;41(4):178-80

Introdução

Os quistos broncogénicos resultam do desenvolvimento anormal do tubo digestivo anterior, com dilatação dos bronquíolos terminais entre a 5^a e 7^a semana de gestação. São revestidos por epitélio ciliado pseudo-estratificado, o que permite confirmar o diagnóstico do ponto de vista histológico. Adicionalmente podem incluir células musculares lisas, calciformes e tecido cartilágneo¹⁻². Fazem parte de um espectro de malformações bronco-pulmonares¹ que inclui também os quistos esofágicos.² São geralmente encontrados na linha média, em relação com as estruturas do mediastino, próximo à traqueia, brônquios ou esófago (centrais), no interior do tecido pulmonar ou a nível sub-pleural (periféricos). Estão também descritas localizações cervicais, cutâneas, cardíacas, retroperitoneais e sub-diafragmáticas.³

Estas lesões apesar de raras, representam as malformações mais comuns do tracto respiratório inferior.⁴ Normalmente são únicos, mas podem ser múltiplos e comunicar com a via aérea, habitualmente com má drenagem, facto que favorece a sua infecção. Podem estar preenchidos com fluído ou muco.

Relato de caso

Criança, de quatro anos de idade, do sexo feminino, que foi internada por tosse estridulosa e suspeita de massa mediastínica. Existia referência a antecedentes familiares de asma (na mãe) e sinusite (no pai). Nascida após uma gravidez com vigilância considerada normal, sem intercorrências no período neonatal, apresentava história de infecções respiratórias recorrentes com tosse estridulosa desde o segundo ano de vida.

Três dias antes do internamento iniciou tosse e febre, pelo que foi trazida ao Serviço de Urgência. A radiografia de tórax (Figura 1) revelou desvio da linha ázigo-esofágica, sugerindo lesão ocupando espaço no mediastino. Realizou-se tomografia computadorizada torácica (Figura 2A) que mostrou ima-

Recebido: 20.05.2010

Aceite: 02.08.2010

Correspondência:

Ana Sofia Moutinho
Serviço de Pediatria
Hospital José Joaquim Fernandes
Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo
7800 – 454 Beja

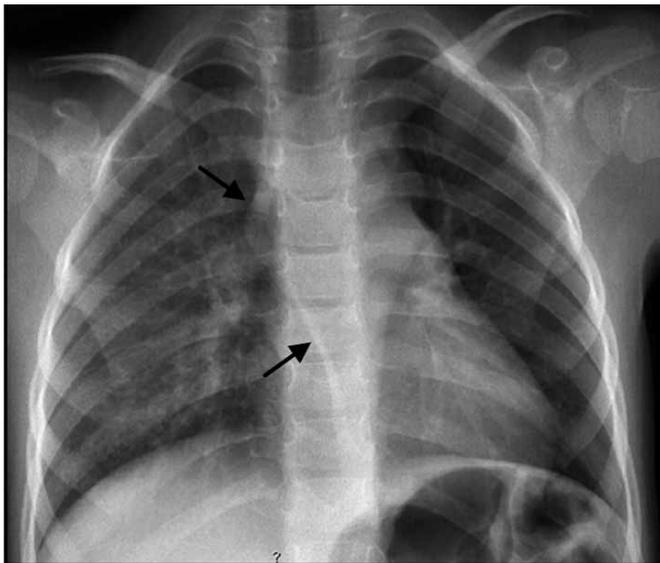


Figura 1 – Radiografia torácica que mostra desvio da linha ázigo-esofágica, sugerindo lesão ocupando espaço no mediastino



Figura 2A – Tomografia computadorizada do tórax: imagem de morfologia arredondada anterior à coluna vertebral, condicionando desvio da traqueia, carina e esôfago, compatível com quisto broncogénico, teratoma quístico ou quisto de duplicação esofágica.

gem de morfologia arredondada localizada no mediastino médio e posterior, anterior à coluna vertebral, condicionando desvio da traqueia, carina e esôfago. Não permitiu esclarecer o conteúdo da lesão. Os aspectos descritos levantaram as hipóteses diagnósticas de quisto broncogénico, quisto de duplicação esofágica ou teratoma quístico.

Efectuou-se broncoscopia que confirmou compressão traqueo-brônquica extrínseca com estreitamento da traqueia e brônquio principal esquerdo em fenda e excluiu comunicação da lesão com esses locais anatómicos.

A ressonância magnética mostrou lesão ovóide no mediastino médio e posterior, com limite superior dois centímetros acima da carina e inferior ao nível do contorno superior da aurícula esquerda, aspectos típicos de quisto broncogénico (Figura 2B).

Um mês depois foi reobservada por tosse e febre, tendo sido diagnosticada pneumonia com derrame pleural à esquerda que resolveu com antibioterapia. Foi submetida a cirurgia, com toracotomia anterior e subsequente remoção da formação quística, tendo tido boa recuperação no pós-operatório. Após

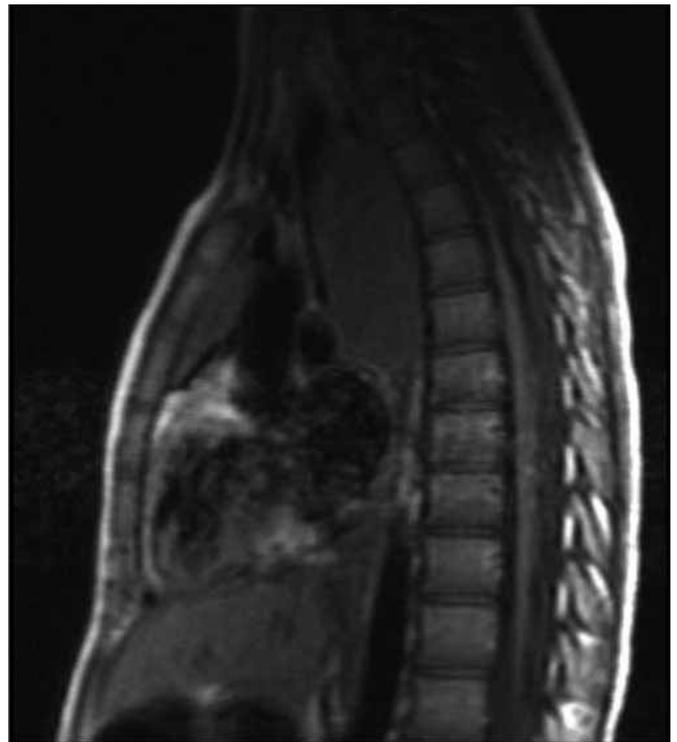


Figura 2B – Ressonância magnética torácica em corte longitudinal: lesão quística ocupando o mediastino médio/posterior, com limite cranial a nível da carina e caudal ao nível do contorno superior da aurícula esquerda. Aspectos compatíveis com quisto broncogénico.

um ano de vigilância, a criança tem estado assintomática, sem novos episódios de infecção respiratória. A radiografia de controle evidencia estreitamento da porção terminal da traqueia, sem qualquer expressão clínica.

Discussão

O quisto broncogénico situa-se mais frequentemente no mediastino médio, sendo menos comum no mediastino posterior.² Relativamente às manifestações clínicas, apresentam-se tipicamente durante a segunda década de vida, com tosse recorrente, dificuldade respiratória e pneumonia, relacionados com compressão das estruturas adjacentes ou com infecção do quisto. Todavia podem tornar-se sintomáticos na infância ou só na idade adulta.⁵

No período neonatal, o aumento rápido de tamanho do quisto pode originar dificuldade respiratória, cianose e perturbações na alimentação.⁶ Podem também ser achados acidentais em ecografias pré-natais ou radiografias de tórax, estando mais de um terço dos pacientes assintomáticos na altura do diagnóstico.

Radiograficamente apresentam-se como massas redondas que podem conter níveis hidro-aéreos associados a infecção.⁷ Podem também revelar-se através do desvio dos contornos das estruturas mediastínicas. No caso relatado, apenas o desvio da linha ázigo-esofágica sugeriu a existência de uma lesão ocupando espaço no mediastino. A linha ázigo-esofágica constitui uma interface mediastínica importante que resulta de diferenças de densidade entre o mediastino e a área postero-medial do lobo pulmonar infe-

rior direito. Representa um espaço que se situa lateral ou posteriormente ao esófago e anterior à coluna vertebral, extendendo-se desde o nível da crossa anterior da veia ázigos ao hiato aórtico inferiormente. Superiormente, a linha é contínua com o espaço sub-carinal e pode demonstrar convexidade esquerda ligeira nessa localização. Deste modo, salienta-se a importância da observação cuidadosa dos exames radiológicos na tentativa de identificar referências importantes para o diagnóstico.

A tomografia computadorizada de tórax mostra massas mediastínicas quísticas, com densidade hídrica.⁸ Devido ao facto de no presente caso não ter sido possível definir com precisão a natureza da lesão com este exame, foi necessário efectuar ressonância magnética, a qual sugeriu o diagnóstico de quisto broncogénico e permitiu identificar os limites crânio-caudais da lesão. Está descrito que a ressonância magnética pode ajudar a demonstrar a natureza quística e a definição dos limites superiores da lesão, ajudando no planeamento cirúrgico.⁹

A realização de broncoscopia derivou do conhecimento do facto de alguns quistos poderem comunicar com o lúmen das vias respiratórias, situação que aumentaria a probabilidade de infecção do quisto desta criança.

Dado o risco de complicações como hemorragia, infecção ou degeneração maligna (adenocarcinoma, rabdomiosarcoma) recomenda-se a exérese cirúrgica (lobectomia parcial ou total).^{5, 10}

O estreitamento da traqueia que se verificou após a intervenção cirúrgica, neste caso, poderá resultar de alteração transitória em área intervencionada com edema e inflamação ou de alteração permanente, com fibrose decorrente da manipulação local. Dado o estado assintomático da criança, optou-se pela vigilância clínica e radiológica.

Assim, salienta-se a importância da observação cuidadosa dos exames radiológicos na tentativa de identificar referências importantes no diagnóstico. O diagnóstico e tratamento destes quistos reveste-se da maior importância pelo risco de compressão de estruturas vitais, colocando a vida em risco.

Referências

1. Berrocal T, Madrid C, Novo S, Gutiérrez J, Arjonilla A, Gómez-León N. Congenital anomalies of the tracheobronchial tree, lung and mediastinum: embryology, radiology and pathology. *Radiographics* 2004; 24: e17.
2. Chernick V, Boat T. *Kendig's Disorders of the respiratory tract in children*. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 1998.
3. Sugita, R, Morimoto, K, Yuda, F. Intrapleural bronchogenic cyst. *Eur J Radiol* 1999; 32:204-7.
4. Nobuhara KK, Gorski YC, La Quaglia MP, Shamberger RC. Bronchogenic cysts and esophageal duplications: common origins and treatment. *J Pediatr Surg* 1997; 32:1408-13.
5. Patel SR, Meeker DP, Biscotti CV, Kirby TJ, Rice TW. Presentation and management of bronchogenic cysts in the adult. *Chest* 1994; 106:79-85.
6. Dembinski J, Kaminski M, Schild R, Kuhl C, Hansmann M, Bartmann P. Congenital intrapulmonary bronchogenic cyst in the neonate--perinatal management. *Am J Perinatol* 1999; 16:509-14.
7. Hernanz-Schulman M. Cysts and cystlike lesions of the lung. *Radiol Clin North Am* 1993; 31:631-49.
8. McAdams HP, Kirejczyk WM, Rosado-de-Christenson ML, Matsumoto S. Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiology* 2000; 217:441-6.
9. Hatabu H, Stock K, Sher S, Edinburgh K, Levin D, Garpestad E, et al. Magnetic Resonance Imaging of the thorax: past, present and future. *Radiol Clin North Am* 2000; 38: 593-620.
10. de Perrot M, Pache JC, Spiliopoulos A. Carcinoma arising in congenital lung cysts. *Thorac Cardiovasc Surg* 2001; 49:184-5.