

F. Vázquez Rueda, E. Blesa Sánchez

An Esp Pediatr 1999;51:407-408.

Tumoración quística intratorácica en un recién nacido

Caso clínico

Recién nacido varón pretérmino de 27 semanas AEG. Cesárea por amniorrexis precoz y fiebre intraparto. Apgar de 2 al minuto. Precisa reanimación e intubación endotraqueal con ventilación mecánica durante 24 horas. Posteriormente, CPAP nasofaríngea durante 14 días. En la radiografía de tórax se observa imagen compatible con membrana hialina tipo III. A los 32 días de vida se objetiva imagen aérea posteromedial izquierda, bien delimitada, con desplazamiento cardíaco y mediastínico hacia la derecha (Fig. 1). No se observa parénquima ni líquido dentro de la masa. Se descarta la comunicación digestiva mediante tránsito. La TAC torácica define la morfología de la tumoración prevertebral que comprime y deforma la silueta cardíaca sin rechazar pulmón. Debido al aumento progresivo de la imagen quística aérea que está a tensión y al aumento de la insuficiencia respiratoria, a los 45 días de vida se practica toracotomía izquierda, extirpando una masa quística ovoidea de 2,8 x 2,5 cm unida a la cara interna del lóbulo inferior izquierdo, que se separa bien de la pleura visceral, siendo más difícil su disección de la pleura mediastínica. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de sospecha.

Pregunta

¿Cuál es su diagnóstico?



Figura 1. Radiografía AP de tórax: imagen quística aérea bien delimitada en base de hemitórax izquierdo.

Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil "Infanta Cristina". Badajoz.

Correspondencia: Fernando Vázquez Rueda. C/ Nicolás Albornoz nº 7, 1º Dcha. 14940 Cabra (Córdoba).

Quiste aéreo mesotelial

Las colecciones aéreas intratorácicas suelen localizarse en mediastino, pleura o parénquima pulmonar. Las que adquieren una forma esférica suelen asentar, predominantemente, en parénquima pulmonar y corresponder a quistes congénitos pulmonares o bullas. Suelen tener una pared bien delimitada y comprimir el parénquima pulmonar adyacente, antes que provocar desplazamiento cardíaco o desviación del mediastino^(1,2). El caso que aportamos se trata de un quiste aéreo intratorácico que comprime y deforma silueta cardíaca sin rechazar pulmón, revestido por una membrana compatible con mesotelio (Fig. 2).

Los quistes de origen mesotelial son entidades patológicas muy raras en el niño, siendo su localización preferente en la pleura y en menor proporción en el peritoneo. Histológicamente se clasifican en benignos, malignos y una forma intermedia quística. Las técnicas de inmunohistoquímica nos ayudan a diferenciar el mesotelio (vimentina y citoqueratina positivas y factor VIII negativo) del endotelio del linfangioma. El tratamiento quirúrgico consiste en la exéresis total del tumor⁽³⁻⁵⁾.

Las características de la colección aérea presentada: delimitación perfecta, revestida por mesotelio, ubicación aparente más anclada a mediastino que a pulmón y fácil separación de éste, nos hace etiquetar la lesión como un quiste aéreo mesotelial. No obstante, no comprendemos su forma de replecionarse con aire, ni como ha podido condicionar una compresión, deformación y desviación cardíaca como la detectada en este paciente.

Bibliografía

1 Coffin CM, Dehner LP. Mesothelial and related neoplasms in children

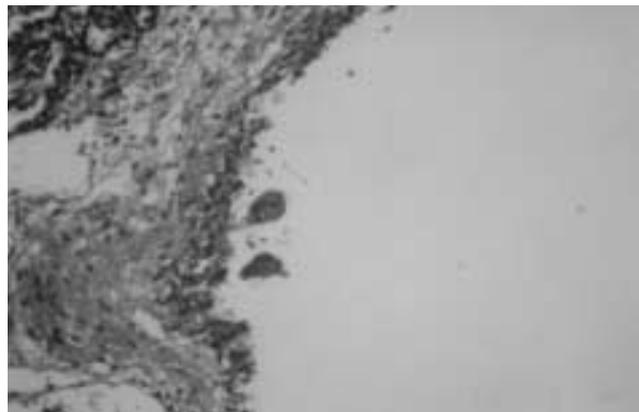


Figura 2. Pared quística con revestimiento mesotelial constituido por células cúbicas y planas (H&E x 150).

and adolescents: A clinicopathologic and immunohistochemical analysis of eight cases. *Pediatr Pathol* 1992; **12**:332-347.

- 2 Riemüller R, Tiling R. Evaluation of paracardiac an intracardiac masses in childhood. *Semin Ultrasound CTMR* 1990; **11**:246-250.
- 3 Katoh S, Satoh M, Oouchi H, Imai S, Kusajima K. Pleural multicystic mesothelial proliferation. *Chest* 1994; **105**:295-296.
- 4 Ball NJ, Urbanski SJ, Green FHY, Kieser T. Pleural multicystic mesothelial proliferation. The so-called multicystic mesothelioma. *Am J Surg Pathol* 1990; **14**:375-378.
- 5 McFadden DE, Clement PB. Peritoneal inclusion cysts with mural mesothelial proliferation. A clinicopathological analysis of six cases. *Am J Surg Pathol* 1986; **10**:844-854.