

### Quiste broncogénico cutáneo

Patricia Avalos<sup>a</sup>, María J. García-Hernández<sup>a</sup>, Juan J. Ríos<sup>b</sup>, David Moreno<sup>a</sup> y Francisco Camacho<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Dermatología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

<sup>b</sup>Departamento de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

**Resumen.**—Los quistes broncogénicos afectan raramente a la superficie cutánea, por lo que son difíciles de diagnosticar clínicamente y, a menudo, se confunden con otros tipos de quistes. Presentamos un caso de un adulto joven a quien extirpamos una lesión quística en la región superior del tórax que mostró características de quiste broncogénico. Cabe destacar que, en casi todos los casos, el diagnóstico de esta patología se realiza por estudio histopatológico y hacemos especial referencia a los diagnósticos diferenciales.

**Palabras clave:** quiste broncogénico, quiste epidérmico, quiste del conducto tireogloso.

#### CUTANEOUS BRONCHOGENIC CYST

**Abstract.**—Bronchogenic cysts rarely affect the cutaneous surface, so they are difficult to diagnose clinically and are often confused with other types of cysts. We present the case of a young adult in whom a cystic lesion showing characteristics of a bronchogenic cyst was excised from the upper thorax area. We emphasize the fact that, in nearly all cases, the diagnosis of this pathology is made through a histopathological study, and we make special reference to the differential diagnoses.

**Key words:** bronchogenic cyst, epidermal cyst, thyroglossal duct.

#### INTRODUCCIÓN

Los quistes broncogénicos son formaciones quísticas originadas como consecuencia de fallos en el desarrollo embrionario. Sus localizaciones más frecuentes son pulmonares y mediastínicas, y son muy raros a nivel cutáneo, donde a menudo se confunden con otros tipos de quistes<sup>1,2</sup>.

#### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Un varón de 30 años consultó por presentar, desde la infancia, un elemento quístico, adyacente al manubrio esternal, asintomático aunque, en ocasiones, sufrió episodios de inflamación que respondieron a tratamientos con antibióticos tópicos y sistémicos. No existían antecedentes personales ni familiares de interés. A la exploración se observó un elemento noduloquístico, bien delimitado, de 2 cm de diámetro, no adherido a planos profundos, unos 3 cm a la derecha del manubrio esternal (fig. 1). Se realizó extirpación quirúrgica cerrando el defecto con sutura directa. El estudio dermatopatológico mostró una formación quística, intradérmica, unilocular, tapizada por epitelio cilíndrico pseudoestratificado de tipo respiratorio,

con glándulas mucosas y fragmentos irregulares de músculo liso en su pared (fig. 2). No se observó tejido cartilaginoso ni conexión con la epidermis.

#### DISCUSIÓN

Los quistes broncogénicos aparecen al nacer o en los primeros años<sup>3</sup> y son más frecuentes en varones que en mujeres (4:1)<sup>1</sup>. En el proceso de embriogénesis, cuando el intestino anterior se evagina dando lugar a la yema pulmonar, se produciría un pellizco o secuestro en las yemas bronquiales primarias antes que las placas mesenquimatosas que forman el esternón se cierren completamente, dando así origen a estos quistes. Esto explicaría que la localización más frecuente sea la preesternal, sobre todo del manubrio y de la hendidura preesternal. Otras localizaciones menos



Fig. 1.—Elemento noduloquístico adyacente al manubrio esternal.

#### Correspondencia:

Patricia Avalos. Departamento de Dermatología.  
Hospital Universitario Virgen Macarena.  
Avda. Dr. Fedriani, 3. 41071 Sevilla. España.  
camachodp@medynet.com

Recibido el 25 de agosto de 2004.

Aceptado el 3 de febrero de 2005.

frecuentes se explicarían por migración de tejido bronquial; así, se han descrito en el cuello<sup>4</sup>, en el mentón<sup>5,6</sup> e incluso en la escápula<sup>3,7,8</sup>.

Su diagnóstico siempre es histopatológico, comprobándose epitelio cilíndrico pseudoestratificado ciliado con células caliciformes junto a glándulas mucosas y músculo liso en la pared. En ocasiones puede observarse cartílago<sup>6</sup>, aunque no es lo habitual. A veces se observan zonas de la pared quística tapizadas por epitelio escamoso<sup>6,7</sup>.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con el quiste epidérmico y con los quistes cutáneos no anexiales como el quiste branquial, el quiste del conducto tirogloso<sup>9</sup>, quiste tímico, quiste dermoide, teratoma quístico<sup>10</sup> y quiste cutáneo ciliado<sup>11</sup>. Los quistes epidérmicos están tapizados por epitelio escamoso estratificado. Los quistes y fistulas del conducto branquial pueden presentar epitelio escamoso estratificado o columnar ciliado pseudoestratificado y se caracterizan por estar rodeados de tejido linfoide. Los quistes del conducto tirogloso, aunque pueden estar revestidos de epitelio ciliado, presentan folículos tiroideos en torno a la cavidad quística y en ocasiones algún cúmulo linfoide.

Menos frecuentes son el quiste tímico, más profundo, revestido por cualquier tipo de epitelio y con tejido linfoide en su pared, el teratoma quístico, que presenta tejido de las tres capas germinales y el quiste dermoide con estructuras epiteliales y anexiales correspondientes a ecto y endodermo. Por último, el quiste cutáneo ciliado afecta a las extremidades inferiores, es más frecuente en mujeres y está tapizado por epitelio ciliado columnar, con proyecciones papilares, similar al epitelio de las trompas de Falopio.

El tratamiento del quiste broncogénico es quirúrgico; es aconsejable su extirpación debido a las posibles infecciones y, sobre todo, porque se han descrito casos de transformación maligna en la edad adulta<sup>7</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Zvulunov A, Amichi B, Grunwald MH, Avinoach I, Halevy S. Cutaneous bronchogenic cyst: delineation of a poorly recognized lesion. *Pediatr Dermatol*. 1998;17:332-3.
2. Seybold WD, Clagett OT. Presternal cyst. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1945;14:217-20.

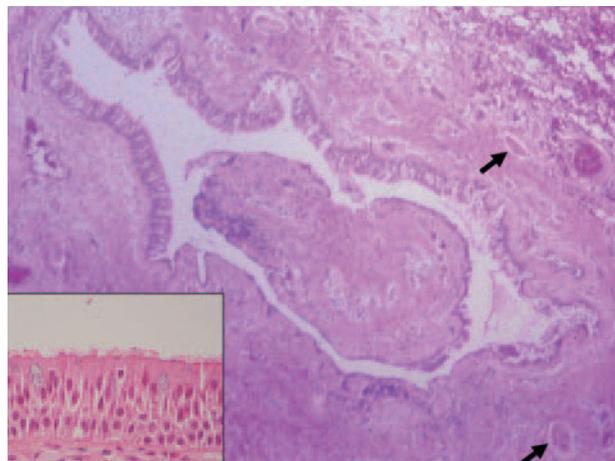


Fig. 2.—Formación quística, intradérmica, unilocular, tapizada por epitelio cilíndrico pseudoestratificado tipo respiratorio (recuadro) y fragmentos irregulares de músculo liso en su pared (flechas). (Hematoxilina-eosina,  $\times 40$ .)

3. Yu HJ, Kwon HM, Park JW, Hwang DK, Ahn DK, Park YW. A case of cutaneous bronchogenic cyst over the left scapula. *J Dermatol*. 2001;28:572-5.
4. Brown TJ, Tschen JA. A long-standing dermal nodule on the neck of young woman. Diagnosis: bronchogenic cyst. *Arch Dermatol*. 2000;136:925-30.
5. Kotsuji-Maruyama T, Umabayashi Y, Imakado S, Otsuka F. Cutaneous bronchogenic cyst of the chin. *Dermatology*. 2001;203:192-3.
6. Calb IL, Haas E, Lewandowski MG, Maler L. Cutaneous bronchogenic cyst: an unusual localization and review of the literature. *Br J Dermatol*. 2000;143:1353-5.
7. Tanita M, Kikuchi-Numagani K, Ogoshi K, et al. Malignant melanoma arising from cutaneous bronchogenic cyst of the scapular area. *J Am Acad Dermatol*. 2002;46:S19-S21.
8. Tresser NJ, Dahms B, Berner JJ. Cutaneous bronchogenic cyst of the back. *Pediatr Pathol*. 1994;14:207-12.
9. De Dulanto F, Armijo M, Camacho F, Naranjo R. Malformaciones cervicofaciales de origen branquiogénico y tirogloso. *Med Cutan Iber Lat Am*. 1973;1:1-8.
10. Camacho F. Benign cutaneous cyst teratoma. *J Cutan Pathol*. 1982;9:345-51.
11. Sánchez Yus E, Simón P, Alonso I, Requena L. Quistes cutáneos no anexiales. *Monogr Dermatol*. 1993;2:152-9.
12. Moore KL, Persaud TVN. *The developing human: clinically oriented embryology*. 7th ed. Philadelphia: Saunders; 2003.