

Centro de Investigaciones Médicoquirúrgicas (CIMEQ)

Tumores de tráquea: un caso de carcinoma adenoideo quístico

Dra. Glenis Madrigal Batista,¹ Dra. Janet Domínguez Cordovés,² Dr. Oscar Suárez Savio,³ Dr. Julio Díaz Mesa,⁴ Dr. Simeón Collera Rodríguez,⁵ Dra. Ilsa García Estrada,⁶ Dr. Waldo Jiménez González,⁷ Dr. Gaspar Alcalde Mustelier,⁸ Dr. Carlos Alfonso Sabatier,⁹ Dra. María Caridad de Armas Fernández¹⁰ y Dr. Alfredo Martínez Aparicio¹¹

RESUMEN

Los tumores de la tráquea son poco frecuentes y entre ellos el carcinoma adenoideo quístico es una neoplasia muy rara. La incidencia no difiere según el sexo y es más frecuente entre la tercera y quinta décadas de la vida. El tratamiento de elección es el quirúrgico, siempre que se trate de tumores resecables. Con este trabajo presentamos un caso intervenido por un tumor traqueal infrecuente, en una mujer con un carcinoma adenoideo quístico del tercio superior de la tráquea, con bordes de sección libres de tumor, que no recibió tratamiento oncológico.

Palabras clave: Tumor, tráquea, carcinoma adenoideo quístico.

El carcinoma adenoideo quístico fue descrito por primera vez por Billroth en 1859 y ha sido también denominado cilindroma, ya que su aspecto macroscópico recuerda a un tumor benigno que respeta la integridad de la mucosa traqueal. Su carácter maligno se hace evidente en el estudio histológico por la invasión local en el plano submucoso.¹⁻³

Representan estos el 25 % de los tumores malignos de la tráquea y suelen tener su origen en las glándulas de la submucosa.^{1,4} Su incidencia no guarda relación con el hábito de fumar.² La localización más frecuente es en el tercio medio traqueal y la vía de abordaje la cervicotomía.^{3,4} La complicación más grave y que mayor mortalidad conlleva es la dehiscencia de la anastomosis, por lo que es vital evitar la tensión y preservar un adecuado aporte sanguíneo.⁵ Las metástasis en los ganglios linfáticos regionales son poco frecuentes (< 10 %) y aún más raras a distancia, con predominio en el pulmón. Suelen ser sintomáticas y de evolución lenta.^{6,7} El tratamiento indicado es la cirugía, aunque con frecuencia estos tumores no son resecables.^{8,4}

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino, con 49 años de edad, de piel blanca, con antecedentes de síntomas respiratorios bajos de 2 años de evolución. Había sido tratada con esteroides y broncodilatadores por la disnea y fue hospitalizada en varias ocasiones. En septiembre del 2004 la paciente presenta una agudización de la disnea y signos de hipercapnia severos, por lo que es trasladada a nuestro centro.

Se le realiza una broncoscopia flexible, en la que se aprecia un tumor endotraqueal que ocupa el 80 % de la luz de la tráquea. Posteriormente se procede a realizar la vaporización de la tumoración con láser, previa toma de muestra para biopsia que confirmó la malignidad del tumor.

La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante cervicotomía transversa de Kocher. Se liberó la tráquea hasta el manubrio esternal, se localizó y delimitó la lesión por transiluminación con el fibrobroncoscopio y se resecó el tumor en su totalidad. Para ello fue necesario reseca cuatro anillos traqueales. Tras la recolocación del tubo orotraqueal, se realizó la sutura de la tráquea término-terminal con puntos separados de material reabsorbible. La paciente fue extubada a las 36 horas. En el posoperatorio no presentó complicaciones.

En el estudio anatomopatológico se describe una lesión de color blanquecino, de 1,5 cm de diámetro y microscópicamente se observaba una mucosa revestida irregularmente con zonas de ulceración y compuesta por estructuras adenoideas y tubulares de contenido hialino, con infiltración de la mucosa traqueal (figura).



Figura. Segmento afectado de la tráquea.

El diagnóstico final fue de carcinoma adenoideo quístico. Tras la cirugía la paciente es dada de alta y tuvo una evolución favorable. En la actualidad ya hace un año de la operación y la paciente se mantiene sin síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearson FG, Tood TRJ, Cooper JD. Experience with primary neoplasms of the trachea and carina. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1984; 88: 511- 518.
2. Mathisen DJ. Tracheal tumors. *Chest Surg Clin North Am.* 1996; 6: 875-898.
3. Refaely Y, Weissberg D. Surgical management of tracheal tumors. *Ann Thorac Surg.* 1997; 64: 1429-1433.

4. Rivas de Andrés JJ, De la Torre Bravos MM. Tumores traqueales poco frecuentes: carcinoma adenoideo quístico y adenoma de glándulas mucosas. *Cir Esp.* 2000; 67: 391-393.
5. Perelman MJ, Koroleva N. Surgery of the trachea. *World J Surg.* 1974; 18: 16-25.
6. Promemegeer R, Salzer GM. Long-term results of surgery for adenoid cystic carcinoma of the trachea and bronchi. *Eur J Surg Oncol.* 1998; 24: 440-444.
7. Grillo Hc, Maticen DJ. Primary trachea tumors: tratment and results. *Ann Thorac Surg.* 1990; 46: 69-77.
8. Grillo HC. Cardinal reconstruction. *Ann Thorac Surg.* 1982; 34: 356-372.

Recibido: 13 de marzo de 2006. Aprobado: 25 de febrero de 2006.

Dra. Glenis Madrigal Batista. Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. Ciudad de La Habana, Cuba.

Correo electrónico: gmadrigal@cimeq.sld.cu

¹**Especialista de I Grado en Cirugía General.**

²**Especialista de I Grado en Cirugía General.**

³**Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.**

⁴**Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.**

⁵**Especialista de II Grado en Cirugía General.**

⁶**Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.**

⁷**Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.**

⁸**Especialista de I Grado en Cirugía General.**

⁹**Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.**

¹⁰**Especialista de I Grado en Anatomía Patológica.**

¹¹**Especialista de I Grado en Medicina Interna.**