

## PRESENTACIÓN DE CASOS

### **Carcinoma adenoideo quístico de tráquea. A propósito de un caso.**

### **Adenoid carcinoma cystic of trachea. A case report.**

Yolanda M. González Ferrer, <sup>I</sup> Aniley Martínez González, <sup>II</sup> Dayana Ugarte Moreno, <sup>III</sup> Yaysel Miñoso Arabí, <sup>IV</sup> Jesús Piñera Moliner. <sup>V</sup>

<sup>I</sup> Especialista de II Grado en Imagenología. Profesor Asistente. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

<sup>II</sup> Residente de II año de Imagenología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

<sup>III</sup> Especialista de II Grado en Imagenología, Profesora Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

<sup>IV</sup> Especialista de I Grado en Imagenología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

<sup>V</sup> Especialista de I Grado en Imagenología. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

#### RESUMEN

Los tumores de tráquea son poco frecuentes. Dentro de ellos el carcinoma adenoideo quístico es una neoplasia rara y se ha demostrado que no tiene relación significativa con el tabaquismo. En el presente trabajo se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años que acude al cuerpo de guardia con falta de aire acompañada de tos húmeda con expectoración verdosa abundante, fiebre hasta 39°C y pérdida de 6 Kg. de peso en 6 meses. El Rayos X de tórax realizado en servicio de urgencias es normal, se le impone tratamiento no obteniendo respuesta al mismo por lo que se decide realizarle una tomografía axial computarizada. Se demuestra la presencia de una lesión endotraqueal. Palabras clave: carcinoma adenoideo quístico, tumor traqueal, tomografía axial computarizada

#### ABSTRACT

The tumours of trachea are not frequent. Within them, the adenoid carcinoma cystic is a rare malign tumour and it has been demonstrated that it does not relate to each other significant whit tobacco addiction. In this work we present the case of female patient of 45 years old who went to the urgency room with out of breath accompanied of humid cough with greenish abundant expectoration, fever to 39°C and loss of 6 heavy kg in 6 months. The X-ray of thorax sold off in service of urgencies was normal and the doctors imposed treatment no obtaining answer to him. Computarized tomography scanner was made showing the presence of a tracheal lesion. Key words: adenoid carcinoma cystic, tracheal tumour, computarized tomography scanner

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores de tráquea son poco frecuentes. Dentro de ellos el carcinoma adenoideo quístico es una neoplasia rara, aunque constituye las tres cuartas partes junto al escamocelular de los tumores traqueales. La incidencia no difiere según el sexo y es más frecuente entre la tercera y quinta décadas de la vida. Se ha demostrado que no tiene relación significativa con el tabaquismo.

Los tumores traqueales se clasifican en primarios y secundarios. Dentro de los primeros se encuentran los benignos clasificados a su vez como epiteliales, condromas, leiomiomas, fibromas y mal formaciones vasculares y los malignos subclasificados a su vez en escamocelular, adenoideo quístico y carcinoide. Los secundarios se ubican en pulmón, laringe, tiroides y esófago.

El carcinoma adenoideo quístico fue descrito por primera vez por Billroth en 1859 y ha sido denominado también 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.<sup>1-4</sup>

Representa estos el 25% de los tumores de la tráquea y suelen tener un origen en las glándulas de la submucosa.<sup>1, 4, 5</sup> Su incidencia no guarda relación con el hábito de fumar.<sup>2, 4</sup> La localización más frecuente es en el tercio medio traqueal.<sup>3, 4, 5</sup>

### **CASO CLÍNICO**

Paciente femenina de 45 años de edad, mestiza, con antecedentes patológicos personales de alergia desde la infancia y asma bronquial de un año aproximadamente de evolución.

En los últimos siete días comienza con disnea intensa que no alivia con la medicación habitual y se exacerba con movimientos ligeros. Se acompaña de tos húmeda con expectoración verdosa, espesa, abundante. Posteriormente (4 días) comienza con fiebre hasta 39°C y refiere pérdida de 6 Kg de peso en 6 meses.

Al examen físico del sistema respiratorio se constata un murmullo vesicular disminuido globalmente, sibilantes y ruidos transmitidos.

Se realiza en servicio de urgencias un Rayos X simple de tórax donde se visualiza únicamente como datos positivos la presencia de signos de hiperventilación pulmonar. (Figura 1)

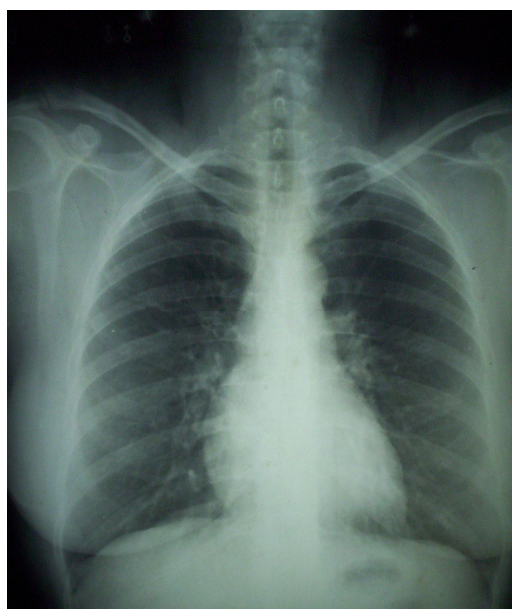


Figura 1 Rayos X simple de tórax

Se le impone tratamiento conservador a la paciente que regresa posteriormente al cuerpo de guardia negando mejoría sintomática, razón por la cual se le realizan cortes tomográficos utilizando equipo de tomografía axial multicorte (TACM) con reconstrucciones en 3D, estudio volumétrico y broncoscopia virtual demostrando la presencia de una lesión endotraqueal.

La lesión comprobada era hiperdensa y se localizaba en la pared posterior de la tráquea, midiendo en reconstrucción sagital 22 x 16 mm. (Figura 2)



Figura 2: TACM 64, plano sagital, donde se comprueba la presencia de lesión endotraqueal.

En el estudio volumétrico se demostró la presencia de un defecto de lleno endotraqueal a una distancia de 1,17 cm de la carina. (Figura 3)

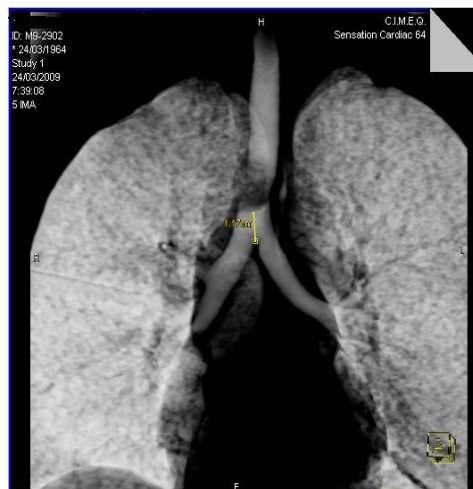


Figura 3: Reconstrucción volumétrica donde se observa lesión endotraqueal a 1,17 cm de la carina.

En la broncoscopia virtual se observó claramente la lesión tumoral que ocluía prácticamente la luz, con borramiento de los anillos traqueales en su inserción y sin lesión evidente de la mucosa. (Figura 4)

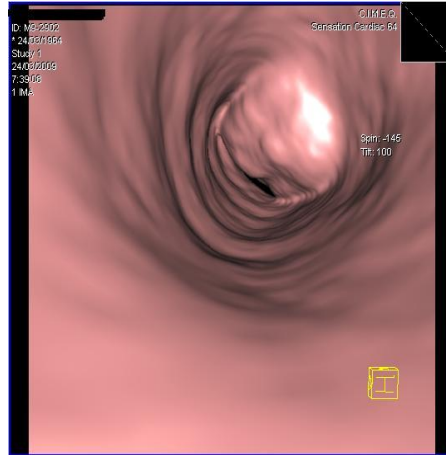


Figura 4: Broncoscopia virtual que visualiza lesión tumoral que ocluye la luz bronquial.

## **DISCUSIÓN**

En la paciente se valoró inicialmente la disnea como un síndrome obstructivo bronquial por los antecedentes alérgicos y el diagnóstico reciente de asma bronquial, con una sepsis respiratoria sobreañadida. Al no resolver con tratamiento habitual se le realiza TACM donde se hace el diagnóstico de tumor endotraqueal.

Debe diferenciarse desde el punto de vista de imágenes de los posibles tumores endotraqueales. Teniendo en cuenta la clínica y la evolución, así como los hallazgos imagenológicos, se planteó como primeras posibilidades:

- Carcinoma de células escamosas
- Carcinoma adenoideo quístico

Se le realiza una broncoscopia flexible, en la que se aprecia un tumor endotraqueal que ocupa el 80 % de la luz de la tráquea con toma de muestra para biopsia que confirmó la malignidad del tumor. La paciente fue intervenida quirúrgicamente reseccándose el tumor en su totalidad.

Los resultados anatomopatológicos fueron los siguientes:

1. Tumor maligno de tráquea. Carcinoma adenoideo quístico. Se observa tumor de 2,2 cm de diámetro, infiltrante en toda la pared del órgano y presencia de tumor en los bordes de sección quirúrgica.
2. Carcinoma adenoideo quístico variedad cribiforme con infiltración de linfocitos perineurales. Resección del tumor con CO<sub>2</sub> y cuatro anillos traqueales en segunda intervención.

Posterior al tratamiento quirúrgico se realiza evolutivamente la TACM donde se visualiza la tráquea con una luz y contornos bien definidos, sin restos tumorales. En el estudio volumétrico no se observa tumor ni las secuelas de la resección de los anillos traqueales.(Figura 5)

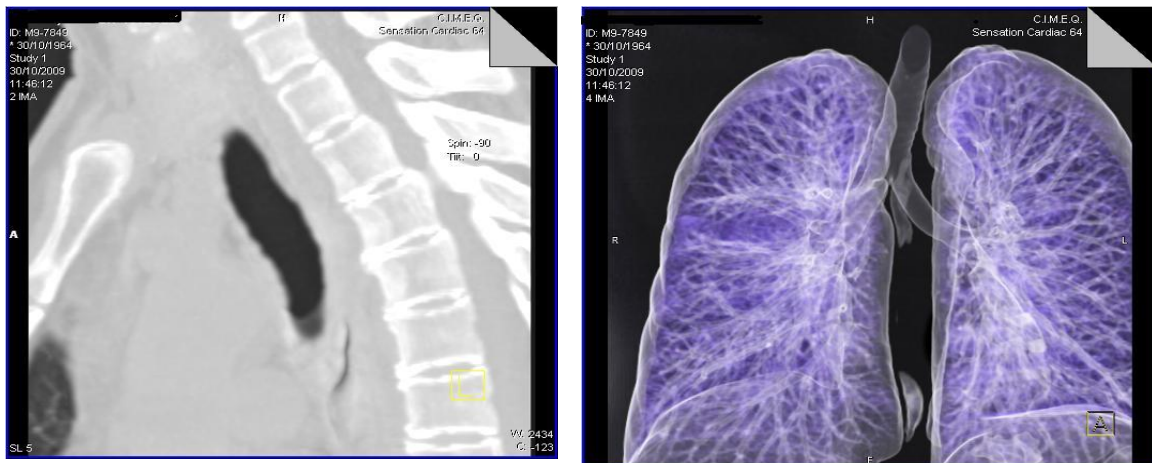


Figura 5: TACM reconstrucción sagital y volumétrica postoperatoria donde no se visualizan alteraciones traqueales.

En resumen, frente a un síndrome obstructivo bronquial con Rayos X de tórax normal no se debe descartar la presencia de un proceso tumoral que obstruya la vía aérea y se debe considerar la TACM como el método de elección, no solo para el diagnóstico certero, sino también para la orientación quirúrgica frente a este tipo de patologías

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pearson FG, Tood TRJ, Cooper JD. Experience with primary neoplasms of the trachea and carina. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1984;88(4):511-8.
2. Mathisen DJ. Tracheal tumors. *Chest Surg Clin North Am.* 1996;6(4):875-98.
3. Refaely Y, Weissberg D. Surgical management of tracheal tumors. *Ann Thorac Surg.* 1997;64(5):1429-33.
4. Madrigal G, Domínguez J, Suárez O, Díaz J, Collera S, García I, et al. Tumores de tráquea: un caso de carcinoma adenoideo quístico. *Rev Cubana Cir [Internet].* 2006 Mar [citado 2010 Nov 07]; 45(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74932006000100007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000100007&lng=es).
5. 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(4):391-393.
6. Perelman M, Koroleva N. Surgery of the trachea. *World J Surg.* 1980;4(5):583-91.
7. Promemegeer R, Salzer GM. Long-term results of surgery for adenoid cystic carcinoma of the trachea and bronchi. *Eur J Surg Oncol.* 1998;24(5):440-4.
8. Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. *Ann Thorac Surg.* 1990;49(1):69-77.
9. Grillo HC. Carinal reconstruction. *Ann Thorac Surg.* 1982;34(4):356-73.

Recibido: 18 de marzo del 2011

Aceptado: 1 de agosto del 2011

Yolanda Marina González Ferrer. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas, 216, Siboney, La Habana, Cuba.

Correo electrónico: [bcimeq@infomed.sld.cu](mailto:bcimeq@infomed.sld.cu)