

# TUMOR MIXTO DE TRAQUEA

A. Sebastián Ariño, J. A. Figuerola Mendal, S. Carrizo Sierra,  
A. Esteve Mir y R. Alvarez Alegret\*

Hospital de Enfermedades del Tórax. Servicio de Anatomía Patológica\*.  
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Se presenta un caso de adenoma mioepitelial de tráquea, que presumiblemente dio lugar a un tumor mixto benigno. Se discute sobre la patogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento.

*Arch Bronconeumol* 1989, 25:77-79

## Mixed tumor of trachea

We report a case of myoepithelial adenoma of trachea, which presumably resulted in a mixed benign tumor. We discuss its pathogenesis, clinical features, diagnosis and therapy.

### Introducción

Los tumores traqueales se presentan con una frecuencia mínima. Así, la incidencia de neoplasias malignas traqueales se considera aproximadamente como del 0,01 % del total de las neoplasias malignas primarias<sup>1,2</sup>, suponiendo un 1 % de las de origen respiratorio<sup>3</sup> o bien de 1 por cada 180 en otra serie<sup>4</sup>.

Entre los diferentes tipos histológicos, los de mayor frecuencia son los carcinomas epidermoides<sup>2,4-6</sup>, mientras que los tumores mixtos representan una rareza<sup>7-9</sup>, habiéndose publicado 14 casos aceptables en toda la literatura<sup>10</sup>. La explicación de la infrecuencia de los tumores traqueales se ha relacionado con el menor contacto de los agentes carcinogénicos con el epitelio traqueal<sup>11</sup>.

El hecho de su infrecuencia y de ser la tráquea un «área ciega radiológica»<sup>3</sup>, además de la clínica anódina que presentan<sup>12-14</sup>, hacen de gran interés el estudio de estas neoplasias.

Presentamos un caso de adenoma mioepitelial de tráquea, que presumiblemente dio lugar a un adenoma pleomórfico (tumor mixto). Los adenomas mioepiteliales son tumores de localización en glándulas salivares. Después de una exhaustiva revisión bibliográfica, no hemos encontrado ningún caso con localización traqueal de estas neoplasias.

### Observación clínica

Mujer de 61 años de edad, que como único antecedente patológico de interés relataba insuficiencia coronaria. Ingresó por aquejar desde hacía cuatro meses: tos irritativa paroxística, con escasa ex-

pectoración blanquecina; disnea en relación con los accesos tuségenos y que cedía con el decúbito supino.

En la exploración destacaba: pícnica de tipo constitucional, hipomovilidad de ambos hemitórax y una disminución del murmullo vesicular en la auscultación, siendo el resto de la exploración normal.

En la analítica básica destacaba la presencia de una hipercolesterolemia de 325 mg%. Gasometría: normal. Espirometría y curva flujo-volumen compatibles con obstrucción de vías aéreas centrales. Radiografía simple de tórax: elevación de ambos hemidiafragmas secundaria a plétora abdominal. Tomografía de tráquea: en tercio inferior, pared lateral izquierda de tráquea, masa de 3,5 × 1,5 cm de diámetro, densidad homogénea, contornos bien definidos, sin cavitación, cuyo límite inferior se encuentra a 2 cm de carina. TAC toraco-abdominal: tumoración traqueal de consistencia parenquimatosa situada por encima de carina, con un diámetro aproximado de 2 cm que obstruye prácticamente 2/3 de su luz. Fibrobroncoscopia: en porción inferior de tráquea tumoración de implantación sesil, coloración rojiza, superficie irregular, abollonada que asienta en pared izquierda y ocluye su luz en 3/4 partes, dejando pasar a su través el fibrobroncoscopio, apreciándose carina y tráquea distal de aspecto normal.

En la biopsia de la pieza (fig. 1) se observa una imagen correspondiente a una mucosa de tipo respiratorio con su revestimiento epitelial pseudoestratificado cilíado habitual, por debajo del cual asienta una neoformación benigna constituida por túbulos regulares en tamaño y morfología, en el seno de un estroma laxo bien vascularizado. El revestimiento de los mismos es bilaminar (fig. 2) con una hilera externa de células claras, fusiformes identificables como mioepiteliales, y una interna, de células cúbicas o cilíndricas de citoplasma eosinofílico débil y núcleo ovoideado basal. No se observan atipias ni mitosis. En resumen, se trata de un adenoma mioepitelial.

Siete días después se tomaron tres biopsias de la tumoración por nueva endoscopia, confirmándose los resultados anatomopatológicos obtenidos anteriormente. La paciente fue incluida en un protocolo de tratamiento de fotoresección con laser Nd-YAG. En posteriores controles clínicos y broncoscópicos a 1 y 3 meses postratamiento, la paciente se encuentra asintomática, desapareciendo la imagen tumoral y persistiendo en la zona de implantación una mucosa rugosa y vegetante.

En la biopsia realizada tres meses después del tratamiento, se observan focos de inducción del estroma en forma de material amorfo eosinófilo, acelular, levemente alcianófilo, PAS +, diastasa resistente y fucsínófilo con el Masson.

En resumen se trata de un adenoma mioepitelial con focos de inducción de estroma, quedando pues englobado dentro de los adenomas pleomórficos (tumores mixtos) (figs. 3 y 4).

Recibido el 14-11-1988 y aceptado el 19-12-1988.

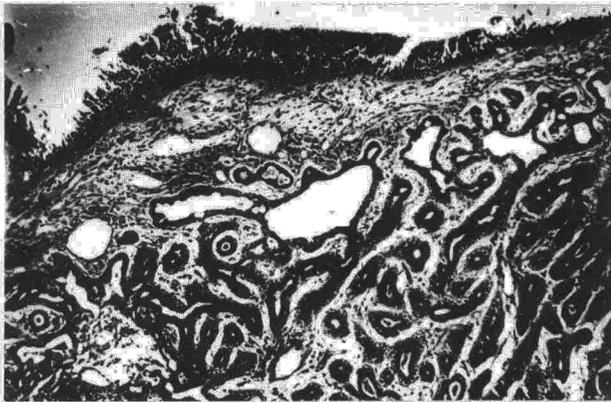
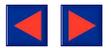


Fig. 1. Visión panorámica: Mucosa de tipo respiratorio, con su epitelio característico en la parte superior, por debajo del cual asienta la tumoración constituida por túbulos, algunos de ellos dilatados. (HE  $\times$  40.)



Fig. 2. Aproximación de la tumoración. Se aprecia el doble revestimiento celular de los túbulos: hilera externa de células claras mioepiteliales e hilera interna de células epiteliales cúbicas. El estroma es laxo sin signos de inducción. (HE  $\times$  400.)

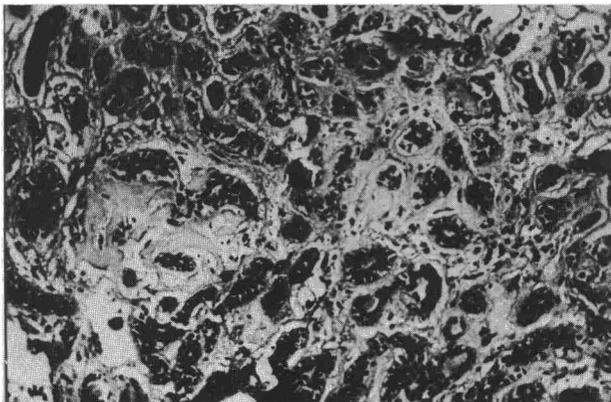


Fig. 3. Visión panorámica: continúa observándose una neoformación glandular tubular con áreas de inducción del estroma. (HE  $\times$  400.)

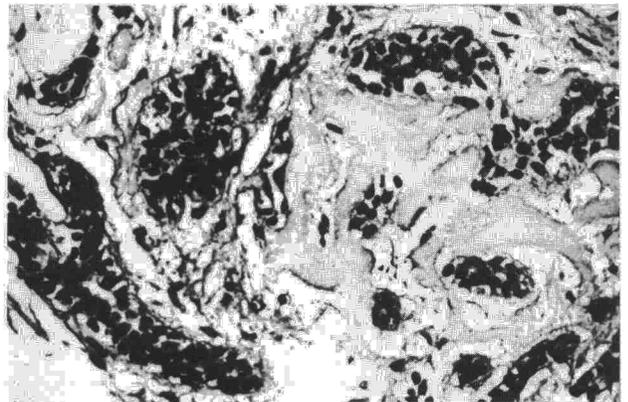


Fig. 4. Aproximación: las áreas de estroma inducido se hallan compuestas por un material amorfo, eosinófilo, escasamente celular, en ocasiones fibrilar. (HE  $\times$  400.)

## Discusión

La anteriormente citada inespecificidad de la clínica de los tumores de tráquea y su relativa infrecuencia, conlleva una dilación del tiempo diagnóstico, que ha sido determinado entre tres meses y dos años<sup>12</sup>. En nuestro caso, pasaron dos meses hasta la consecución del diagnóstico histológico. Pensamos que la fibrobroncoscopia debe ser el método de elección en todos los casos de sospecha de tumoración traqueal debido a la implicación clínica que conllevan los diferentes tipos histológicos<sup>15</sup>. El problema mayor es el confusio-nismo existente en la terminología. Así, se ha sugerido como único criterio válido en el diagnóstico de los tumores traqueales, el examen microscópico a partir de un fragmento del mayor tamaño posible<sup>10</sup>.

Se han descrito dos variedades de adenoma mioepitelial<sup>16</sup>: el mioepitelioma, constituido por células mioepiteliales exclusivamente, que ocasionalmente se disponen en bancadas; y el adenoma mioepitelial propiamente dicho, que es el presente caso, con el doble componente epitelial-mioepitelial. Son tumores be-

nignos, usualmente bien delimitados, que pueden recidivar si la excisión no es completa<sup>17</sup>, aunque se han descrito casos con un bajo grado de malignidad<sup>18</sup>.

Existen controversias en la clasificación de estas neoplasias; así Seldon<sup>19</sup> considera a los tumores de células mioepiteliales como un tipo de tumor mixto. Posteriormente, otros autores<sup>20-22</sup> han postulado que los elementos mesenquimales de los tumores mixtos derivan de células mioepiteliales; finalmente, se ha defendido la teoría de que la falta de elementos mesenquimales en algunos tumores mixtos, pueda ser debida a la naturaleza inmadura de las células mioepiteliales componentes de dichos tumores, que presentarían una menor capacidad de diferenciación o metaplasia<sup>18</sup>. Esta teoría parece afirmarse en nuestro caso ya que, repetidas biopsias no pudieron demostrar inducción de mesenquima en primera instancia, lográndose observar dicha inducción tres meses después.

La aparición del láser ha supuesto una revolución en la terapéutica de las lesiones obstructivas traqueo-bronquiales. Entre los tres tipos disponibles, el Nd-



YAG es el más útil en el tratamiento de la obstrucción de las vías aéreas centrales<sup>23</sup>. En los últimos años están realizándose estudios sobre su eficacia en el tratamiento de lesiones traqueales<sup>23-26</sup>, llegándose a la conclusión de que mientras para las malignas resulta paliativa, para las benignas puede ser una alternativa al tratamiento quirúrgico. El principal riesgo descrito en el tratamiento con láser<sup>27</sup> es el de la lesión vascular por perforación de la pared traqueobronquial; por ello se ha postulado la realización del TAC en la evaluación previa al tratamiento<sup>23</sup> considerándose útil a nivel de tráquea inferior. En el caso presentado, no se evidenció presencia de estructuras vasculares próximas a la lesión.

Dada la mínima frecuencia de recurrencias del tipo de neoplasia presentado<sup>17</sup>, consideramos que la postura correcta debe ser el seguimiento endoscópico, planteándose las posteriores actitudes terapéuticas: laserterapia y/o cirugía, según los resultados del mismo.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Culp OS. Primary carcinoma of trachea. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1938; 7:471-487.
2. Ranke EJ, Presley SS, Holinger PH. Tracheogenic carcinoma. *JAMA* 1962; 182:121.
3. Fraser RG, Paré JAP. Diagnóstico de las enfermedades del tórax, Tomo II, 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Salvat editores SA, 1981; 1094.
4. Houston HE, Spencer Payne W, Harrison EG, Olsen AM. Primary cancers of the trachea. *Arch Surg* 1969; 99:132-140.
5. Grillo HC. Tracheal tumors surgical management. *Ann Thorac Surg* 1978; 26:112-125.
6. Moersch HJ, Clagett OT, Ellis FH. Tumor of the trachea. *Med Clin North Am* 1954; 38:1091-1097.
7. Gilbert JC, Mazzarella LA, Feit LJ. Primary tracheal tumors in the infant and adult. *Arch Otolaryngol* 1953; 58:1-9.
8. Salm R. Primary carcinoma of trachea. A review. *Br J Dis Chest* 1964; 58:61-72.
9. Caldarola VT. Benign tumors and tumor-like conditions of the trachea and bronchi. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1964; 73:1042-1061.
10. Ma CK, Fine G, Lewis J, Lee MW. Benign mixed tumor of the trachea. *Cancer* 1979; 44:2260-2266.
11. Celdran Uriarte A, Rami Porta R, Payno de Orive A, Bravo Bravo L, Vivanco Calderón F. Tumor traqueal. *Rev Clin Esp* 1985; 176:317-319.
12. Pearson FG, Thompson DW, Weisberg D, Simpson WJK, Kergin FG. Adenoid cystic carcinoma of the trachea. *Ann Thorac Surg* 1974; 174; 18:16.
13. Vaquer Albons M, García Moliné A, López-Bermejo Muñoz E, Ladaria Ferrer A, De la Calle del Moral F. Carcinoma primitivo de tráquea. *Med Clin* 1980; 74:284-286.
14. Antón Aranda E, De Miguel C, Cia Lecumberri M.<sup>a</sup> T, Domínguez del Valle FJ, Tiberio López G, Pérez García C. Adenocarcinoma primitivo de tráquea. *Arch Bronconeumol* 1985; 21:167-169.
15. Kay S, Broox JW. Benign mixed tumor of the trachea with seven-year follow-up. *Cancer* 1970; 25:1178-1182.
16. Luna MA, Mackay B, Gámez-Araujo J. Mycepithelioma of the palate. Report of a case with histochemical and electron microscopic observations. *Cancer* 1973; 32:1429-1435.
17. Robbins SL. Patología estructural y funcional 1.<sup>a</sup> ed. esp. Editora Importécnica SA 1975; 865-866.
18. Stromeyer FW, Haggitt RC, Nelson JF, Hardman JM. Mycepithelioma of minor salivary gland origin. Light and electron microscopic study. *Arch Pathol Lab Med* 1975; 99:242-245.
19. Seldon WH. So-called mixed tumors of the salivary glands. *Arch Pathol Lab Med* 1943; 35:1-20.
20. Azzopardi JG, Smith OD. Salivary gland tumors and their mucins. *J Pathol* 1959; 77:131-140.
21. Grishman E. Histochemical analysis of mucopolysaccharides occurring in mucus-producing tumors. Mixed tumors of the parotid gland, colloid carcinomas of the breast and myxomas. *Cancer* 1952; 5:700-707.
22. Leifer C, Miller AS, Putong PB, Harwick RD. Mycepithelioma of the parotid gland. *Arch Pathol Lab Med* 1974; 98:312-319.
23. Pearlberg JL, Sandler MA, Kvale P, Beute GH, Madrazo BL. Computed-tomographic and conventional lineal-tomographic. Evaluation of tracheobronchial lesions of laser photoresection. *Radiology* 1985; 154:759-762.
24. Vincent RG, Dougherty TI, Rao U, Boyle DG, Potter WR. Photoradiation therapy in advanced carcinoma of the trachea and bronchus. *Chest* 1984; 85:29-33.
25. McElvein RB, Zorn G. Treatment of malignant disease in trachea and main-stem bronchi by carbon dioxide laser. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86:858-863.
26. Eagan RT. (Editorial). The role of the laser in the detection and treatment of tracheobronchial malignant lesions. *Mayo Clin Proc* 1983; 58:65-66.
27. Mc Dougall JC, Cortese DA. Neodymium-YAG laser therapy of malignant airway obstruction. *Mayo Clin Proc* 1983; 58:35-39.