

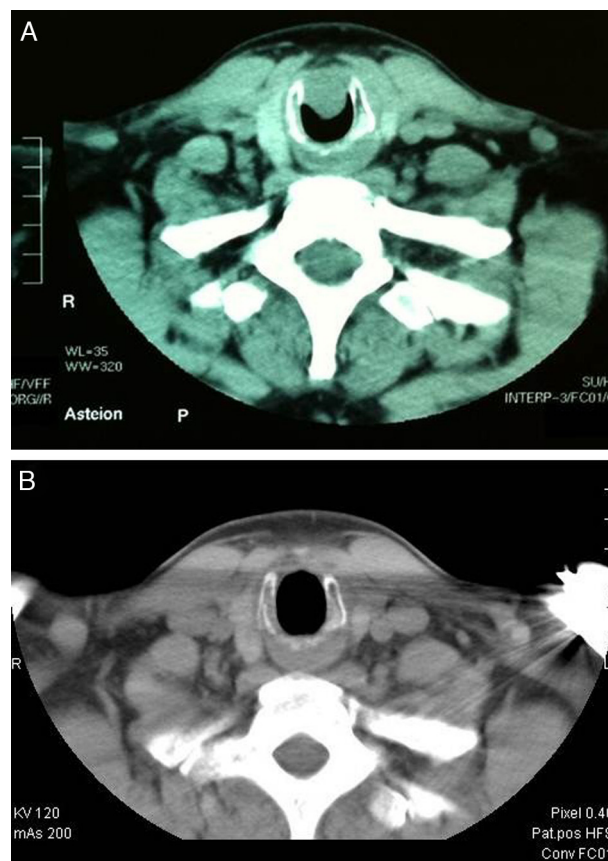
## Cartas al Director

**Adenoma de células basales subglótico: resección laringotraqueal-laringotraqueoplastia****Basal-Cell Adenoma of the Subglottis: Laryngotracheal Resection With Laryngotracheoplasty**

Sr. Director:

Los tumores benignos laringotraqueales de glándulas salivales menores son excepcionales<sup>1</sup>, por lo que la experiencia en su tratamiento y evolución son limitadas, sin que se haya encontrado evidencia de la publicación previa de un caso de adenoma monomorfo de localización subglótica<sup>2</sup> (PubMed, palabras clave: «subglottic/laryngotracheal adenoma»; «larynx salivary adenoma»; «monomorphic/basal cell adenoma». Cobertura: 1979-2012. Actualización 17/11/2012).

Se describe el caso de un varón de 50 años que consultó por disnea progresiva durante 3 meses a medianos y grandes esfuerzos con estridor inspiratorio leve. Destacaba el antecedente de intubación previa por 2 cirugías de clavícula 2 años antes. La rinofibrolaringoscopia en consulta mostró una lesión subglótica anterior derecha y la tomografía computarizada (TC) determinó su extensión (fig. 1A). Se programó broncoscopia rígida y resección láser (neodimio-YAG) y durante la cirugía se realizaron tomas biópsicas y vaporización parcial de la lesión. El resultado anatomopatológico fue compatible con un adenoma pleomorfo, por lo que, en un segundo tiempo, se realizó una resección subglótica mediante abordaje externo: exposición de la tráquea con incisión sobre el segundo anillo similar a la utilizada para una traqueotomía; incisión de la membrana cricotiroidea; unión vertical de ambas incisiones en su porción lateral izquierda (sección de arco cricoideo y anillo traqueal), levantando una charnela para visualizar directamente la lesión (de 15 mm de diámetro, situada a lo largo de la cara interna de arco cricoideo hasta la altura del borde superior del primer anillo traqueal). Se completó la exéresis con resección cricotraqueal parcial (arco cricoideo y porción anterior de primer anillo traqueal). El defecto se cerró mediante reconstrucción primaria con plastia muscular (esternotiroideo) sobre tubo de silicona en T de Montgomery (8 mm) y cierre por planos. El paciente fue dado de alta a los 5 días con un enfisema subcutáneo cervical de grado leve-moderado que persistió 5 semanas, odinofagia que precisó dieta blanda durante un mes, y disfonía por la situación del borde superior del *stent* sobre las cuerdas vocales. El estudio anatomopatológico definitivo fue de tumor benigno de glándula salival, compatible con adenoma de células basales (adenoma monomorfo), con márgenes libres. El *stent* en T se retiró a los 4 meses y se evidenciaron granulomas vocales que desaparecieron en 2 semanas con prednisona oral (30 mg en pauta descendente), normalizándose la voz. Durante el último año y medio se ha realizado seguimiento periódico del caso mediante rinofibrolaringoscopia y controles radiológicos (fig. 1B), sin evidencia de recidiva hasta la fecha.



**Figura 1.** Tomografía computarizada (TC). A) Lesión subglótica que ocupa la vía aérea. B) Imagen del mismo caso un año después de laringotraqueoplastia.

A pesar de su rareza, la posibilidad de un tumor benigno de glándula salival no debería descartarse ante una lesión subglótica, y tampoco en los casos en que se sospecharían lesiones más comunes como los granulomas<sup>1,3</sup>. El abordaje quirúrgico endoscópico (laringoscopia, broncoscopia rígida o fibrobroncoscopia flexible) para biopsia y estudio histopatológico permite diagnosticar y diferenciar el adenoma monomorfo del adenoma polimorfo, tumor más frecuente, y del adenocarcinoma de células basales<sup>1-3</sup>. Eventualmente, la broncoscopia diagnóstica permite la exéresis completa de la lesión<sup>1</sup>, y si ello no es posible, la reducción de la masa tumoral, lo que en este caso procuró una mejoría clínica hasta el tratamiento definitivo por vía externa<sup>3</sup>. La resección laringotraqueal y laringotraqueoplastia han sido ampliamente descritas en la literatura por Grillo y Mathisen<sup>4</sup> y otros autores<sup>5</sup>. En el caso descrito, la reconstrucción del defecto laríngeo (cricoides anterior) y traqueal (primer anillo) se realizó mediante musculatura prelaríngea sobre tubo en T de Montgomery, pues la anastomosis de la tráquea distal

al cricoides remanente no posibilitaba su completa resolución. La utilización del tubo en T como *stent* para la luz laringotraqueal, con buen resultado en este caso, puede resultar controvertida y no sigue una indicación precisa. Aunque asegura la vía aérea ante una eventual laringotraqueomalacia o una estenosis<sup>3</sup>, no siempre resulta imprescindible después de una laringotraqueoplastia<sup>4,5</sup> y no está exenta de complicaciones, principalmente granulomas endoluminales entre el 19 y 41% de casos, dependiendo de las series<sup>6</sup>. En conclusión, en tumores benignos de glándulas salivales menores de localización subglótica anterior, en los que no es posible un tratamiento endoscópico, el abordaje externo con resección laringotraqueal parcial y reconstrucción inmediata con plastia muscular sobre *stent* en T puede resultar una alternativa adecuada, posibilitando la conservación de la voz con relativa baja morbilidad.

## Bibliografía

1. Chang C, Chenchao S, Lei D, Yuping L. Pleomorphic adenoma of the subglottis mistreated as chronic obstructive pulmonary disease, report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2011;17:283-6.

- Bae CH, Kim YS, Song SY, Kim YD. Rare case of basal cell adenoma in the nasal cavity. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;39:E4-5.
- Gaissert HA, Burns J. The compromised airway: tumors, strictures, and tracheomalacia. *Surg Clin North Am.* 2010;90:1065-89.
- Grillo HC, Mathisen DJ. Primary tracheal tumors: treatment and results. *Ann Thorac Surg.* 1990;49:69-77.
- Gaissert HA, Grillo HC, Shadmehr BM, Wright CD, Gokhale M, Wain JC, et al. Laryngotracheoplastic resection for primary tumors of the proximal airway. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2005;129:1006-9.
- Carretta A, Casiraghi M, Melloni G, Bandiera A, Ciriaco P, Ferla L, et al. Montgomery T-tube placement in the treatment of benign tracheal lesions. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009;36:352-6.

Francisco Larrosa\* y Emili Canalís

*Otorrinolaringología y Cirugía Torácica, Centro Médico Teknon, Barcelona, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [flarrosadiaz@hotmail.com](mailto:flarrosadiaz@hotmail.com) (F. Larrosa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.01.004>

## Carcinoma broncoalveolar en un paciente joven: caso clínico

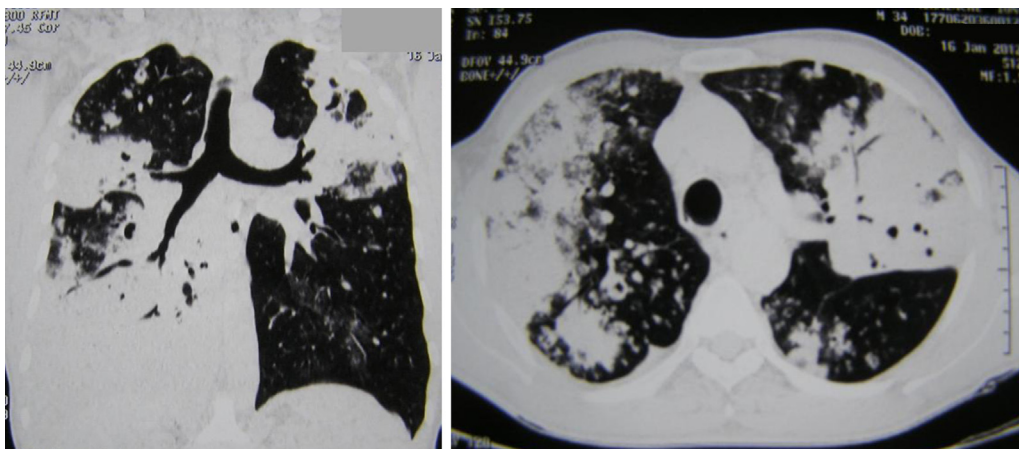
### *Bronchioloalveolar Carcinoma in a Young Patient: A Case Report*

A pesar de que el cáncer de pulmón es la segunda causa más frecuente de mortalidad por cáncer en adultos jóvenes, es una entidad que rara vez se toma en consideración en individuos jóvenes con enfermedades respiratorias<sup>1-4</sup>.

Presentamos el caso de un hombre de 35 años de edad, fumador (35 paquetes/año), sin antecedentes patológicos. En octubre de 2011 fue ingresado en el hospital local del distrito de Tulcea (Rumanía) por una historia clínica de dolor torácico, tos y cansancio de 2 semanas de duración; se encontraba afebril y no había perdido peso. En la exploración física era evidente el mal estado general del paciente. La auscultación pulmonar reveló hipoventilación general con roncus dispersos. La exploración de otros órganos no deparó hallazgos de interés. Las pruebas de laboratorio revelaron lo siguiente: leve síndrome inflamatorio, exámenes repetidos negativos del esputo y ELISA para detección de anticuerpos anti-VIH también negativo. En la radiografía de tórax se puso de manifiesto una consolidación parcheada con broncograma aéreo. Se estableció el diagnóstico de neumonía bacteriana y se administró tratamiento

antibiótico de amplio espectro (cefalosporina seguida de levofloxacino). Al cabo de 2 semanas se añadieron corticosteroides, con una ligera mejoría, aunque breve, de los síntomas. A las 4 semanas del ingreso, puesto que el estado del paciente empeoró, se inició tratamiento antituberculoso, sin obtener pruebas bacteriológicas. El estado del paciente continuó deteriorándose, el dolor torácico aumentó y apareció una importante disnea, por lo que en diciembre de 2011 el paciente fue trasladado a un hospital regional, donde se sometió a una tomografía computarizada (TC) de tórax. Las imágenes TC torácicas revelaron una consolidación parcheada con broncograma aéreo (fig. 1). Por primera vez se sospechó un posible carcinoma pulmonar. Para confirmación mediante biopsia bronquial, el paciente fue trasladado al Instituto Nacional de Neumología en enero de 2012. En el centro tratamos de practicar una broncoscopia, pero no pudo efectuarse debido a la grave insuficiencia respiratoria durante la anestesia, y el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde falleció 6 días más tarde. El examen anatomopatológico demostró la presencia de un carcinoma broncoalveolar.

La particularidad del presente caso de carcinoma broncoalveolar es el hecho de que el paciente solo experimentó síntomas en el estadio final de la enfermedad. Además, el tipo histopatológico



**Figura 1.** La tomografía computarizada torácica revela una consolidación en ambos pulmones con broncograma aéreo.