

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, Chencho 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

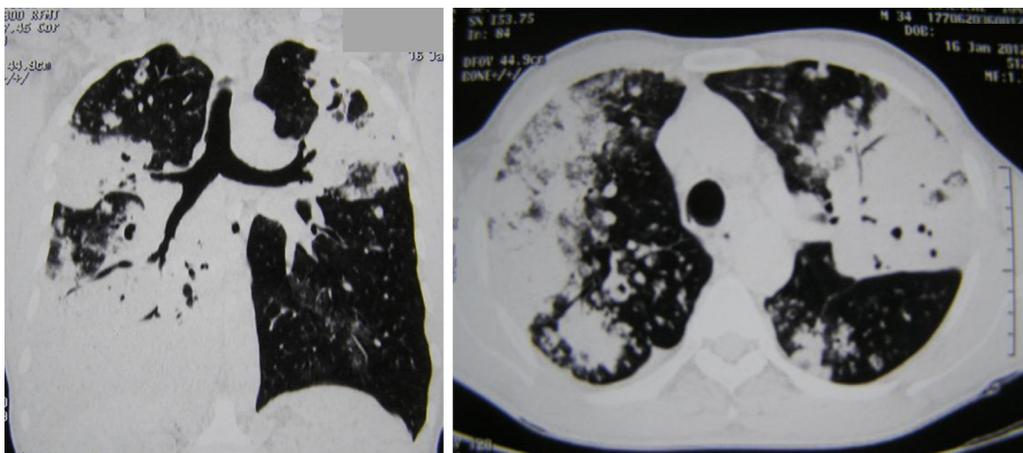
### *Bronchioloalveolar Carcinoma in a Young Patient: A Case Report*

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.

gico de tumor es poco frecuente en pacientes varones, entre los que se documenta una mayor incidencia de carcinoma pulmonar microcítico<sup>1-4</sup>. En adultos jóvenes la neumonía es la causa más habitual de disnea, pero la ausencia de características clínicas de la entidad (fiebre con tos y esputo purulento) debe orientar precozmente hacia otro diagnóstico. Se consideró el segundo diagnóstico erróneo (tuberculosis) porque no pudo establecerse un factor etiológico y porque la distribución multifocal de la consolidación persistió durante la antibioterapia de amplio espectro. Sin embargo, en esta ocasión los hallazgos clínicos y paraclínicos tampoco eran compatibles con el diagnóstico (en la tuberculosis la hemoptisis suele ser un síntoma precoz, pero en el paciente descrito estaba ausente); un hallazgo radiológico como el de la **figura 1** se asocia a la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en el examen del esputo. En un huésped inmunocompetente, el estado clínico más parecido a un síndrome consuntivo, la progresión del infiltrado pulmonar hasta la destrucción del parénquima del huésped, la ausencia de fiebre y hemoptisis y el importante dolor torácico deberían haber propiciado una sospecha más precoz de un carcinoma.

En conclusión, queremos hacer hincapié en el hecho de que la radiografía de tórax no suele ser suficiente para establecer el diagnóstico y que los hallazgos paraclínicos han de correlacionarse con el estado clínico del paciente<sup>5</sup>, de modo que, con frecuencia, el diagnóstico de cáncer de pulmón se retrasa en pacientes jóvenes, por lo que puede perderse la oportunidad de instaurar un tratamiento curativo.

#### Financiación

Los autores no han recibido ayudas de financiación.

#### Conflicto de intereses

Los autores no han declarado conflicto de intereses.

#### Agradecimientos

Al Profesor Dr. Miron Bogdan por su apoyo y contribución.

#### Bibliografía

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005;55:74-108.
2. Gregor A, Thomson CS, Brewster DH, Stroner PL, Davidson J, Fergusson RJ, et al. Management and survival of patients with lung cancer in Scotland diagnosed in 1995: results of a national population based study. *Thorax.* 2001;56:212-7.
3. Blanchon F, Grivaux M, Collon T, Zureik M, Barbieux H, Bénichou-Flurin M, et al. Epidemiologic of primary bronchial carcinoma management in the general French hospital centres. *Rev Mal Respir.* 2002;19:727-34.
4. Siegel R, Ward E, Brawley O, Jemal A. The impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:212-36.
5. Neoplasms of the lungs. Fishman AP, Elias JA, Fishman JA, Grippi MA, Senior RM, Pack AI, editores. *Fishman's Pulmonary Diseases and Disorders.* 4th ed Mc Graw Hill Medical; 2008. p. 1799-966.

Bianca Paraschiv<sup>a,\*</sup>, Claudia Lucia Toma<sup>a</sup> y Camelia Diaconu<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Department of Pneumology, Marius Nasta Institute of Pneumology, Bucarest, Rumanía*

<sup>b</sup> *Department of Internal Medicine, Emergency Clinical Hospital, Carol Davila University of Medicine and Pharmacy, Bucarest, Rumanía*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [paraschiv.bianca@gmail.com](mailto:paraschiv.bianca@gmail.com) (B. Paraschiv).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.01.005>