

1. Hyams V, Batsakis JG. Tumors of the upper respiratory tract and ear. Washington: Armed Forces Institute of Pathology, 1988; 163-170.
2. Leach KR, Martínez FJ, Morelock JW, Korobkin MT, Orringer MB. Dyspnea and tracheal mass in an elderly man. *Chest* 1994; 105: 1.555-1.556.
3. Perelman MI, Koroleva NS. Primary tumors of the trachea. En: Grillo HC; Eschaspasse H, editores. *International trends in general thoracic surgery*. Filadelfia: W.B. Saunders 1987; 91-106.
4. Gelder CM, Hetzel MR. Primary tracheal tumors. *Thorax* 1993; 48: 688-692.
5. Weber AL, Shortsleeve M, Goodman M, Montgomery W, Grillo HC. Cartilaginous tumors of the larynx and trachea. *Radiol Clin North Am* 1978; 16: 261-267.
6. Aravelo M, Ordi MAJ, Rami RR, Oliva H. Chondrosarcoma of the trachea. *Respiration* 1986; 49: 147-151.

Carcinoma broncogénico microcítico con ictericia obstructiva. Aportación de un nuevo caso

Sr. Director: Hemos leído con atención la nota clínica recientemente publicada en su revista titulada "Carcinoma broncogénico con ictericia obstructiva extrahepática" de V. Villena et al¹, y sería nuestro deseo poder comunicar un caso similar tratado en nuestro hospital.

Paciente de 53 años, fumador de 30 cigarrillos/día y bebedor moderado con antecedentes de litiasis biliar con un episodio de colecistitis aguda, pólipo gástrico y litiasis renal que consultó por dolor torácico y de espalda a nivel dorsal, tos crónica, disnea y síndrome constitucional, destacando a la exploración física ligera ictericia, hipoventilación global y hepatomegalia de 2 cm. Entre las pruebas complementarias destacaba la radiografía de tórax con masa hilar izquierda confirmada mediante TAC de tórax, observando la broncoscopia la carina traqueal desviada por compresión extrínseca y el árbol bronquial izquierdo con estenosis en LS, segmento apical

y anterior por una neoformación friable cuya biopsia presentó una anatomía patológica de mucosa bronquial con carcinoma microcítico (*oat cell carcinoma*). El estudio de extensión reveló en la ecografía abdominal un hígado sin lesiones ocupantes de espacio, pero con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y vesícula distendida con barro biliar. En el páncreas se observaron 4 imágenes hipocogénicas de contorno mal definido, la mayor en su proceso uncinado, de 3 cm de diámetro que producía obstrucción de la vía biliar, compatibles con metástasis (fig. 1). Aumento de la glándula suprarrenal derecha y un pequeño quiste simple en riñón derecho. Estas imágenes se observaron igualmente mediante RNM. La analítica inicial que mostraba un perfil hepático con ligera movilización de transaminasas y leve aumento de bilirrubina empeoró rápidamente llegando a alcanzar: bilirrubina total: 17,5 mg/dl, GOT: 46, GPT: 109, fosfatasa alcalina: 1.354, GGT: 497. El estado del paciente se deterioró por la aparición de colangitis por *E. coli*, siendo necesario un tratamiento antibiótico con cefalosporinas y posterior drenaje de la vía biliar mediante colocación de endoprótesis, mejorando considerablemente. Recibió tratamiento quimioterápico con seis ciclos de carboplatino + VP-16, obteniéndose una respuesta parcial hasta progresar la enfermedad con nuevos episodios de ictericia por obstrucción de la vía biliar, colangitis y sepsis, falleciendo tras 7 meses de supervivencia desde el diagnóstico.

El cáncer de pulmón de células pequeñas (CPCP) es una neoplasia que suele producir metástasis especialmente en hígado, hueso, sistema nervioso, ganglios y glándulas suprarrenales, y aunque descritas, son raras las metástasis a nivel pancreático². En esta localización, las metástasis comunicadas más frecuentemente proceden de las neoplasias de riñón^{3,4}, y ocasionalmente de otras como mama⁵ o melanoma⁶. La dificultad diagnóstica es mayor cuando no se conoce la localización primaria, debiendo recurrir, además de las técnicas de imágenes, a la punción con aguja fina o biopsia de páncreas. Esto no fue necesario en el caso expuesto dado que se trataba de una enfermedad diseminada cuyo

origen primario era el pulmón. El escaso número de casos no permite conocer adecuadamente la influencia sobre la evolución de la enfermedad de dichas metástasis en comparación con las de otros órganos, pero todo hace pensar que empeoran el pronóstico. Como en nuestro caso, cuando producen ictericia obstructiva pueden necesitar drenaje de la vía biliar mediante la colocación de endoprótesis, con el consiguiente riesgo de infección de la misma, colangitis o sepsis, aumentando la morbimortalidad del proceso.

**J. Miramón López, J. Cabello Rueda*
y A. Lara Fernández**

Servicio de Medicina Interna.

*Unidad de Neumología. Hospital General Básico de la Serranía de Ronda. Málaga.

1. Villena V, López Encuentra A, Asensio Sánchez S, de Grande Orive J.I., Rodrigo Garzón M. Carcinoma broncogénico microcítico con ictericia obstructiva extrahepática. *Arch Bronconeumol* 1997; 33: 99-100.
2. Aimino R, Bergeron P, Reboul F, Sarrat P. Metastases pancreatiques multiples d'un carcinome bronchique a petites cellules. *J Radiol* 1994; 75: 317-320.
3. Reale D, Squillaci S, Guarino M, Milesi F, Forloni B, Vezzini V, et al. Metastasi pancreatiche tardive di carcinoma renale. Descrizione di due casi e revisione della letteratura. *Minerva Urol Nefrol* 1993; 45: 183-186.
4. Marcote Valdivieso E, Arlandis Felix F, Baltasar A, Martínez Castro R, Vierna García J. Metástasis pancreática sincrona de un carcinoma renal. *Rev Esp Enferm Dig* 1993; 83: 471-473.
5. Hardt W, Parent B, Januschka J, Morath R. A rare case of an isolated metastasis of the head of the pancreas of a breast cancer with obstruction of the efferent bile ducts. *Pathologie* 1993; 14: 167-171.
6. Brodish RJ, McFadden DW. The pancreas as the solitary site of metastasis from melanoma. *Pancreas* 1993; 8: 276-278.

Fístula traqueoarterial como consecuencia de traqueostomía

Sr. Director: La fístula traqueoarterial (FTA) es una de las complicaciones más graves que puede ocurrir a consecuencia de una traqueostomía o resección traqueal¹. La necesidad de mantener a los pacientes con ventilación artificial e intubación orotraqueal ocurre cada día con mayor frecuencia, aumentando las indicaciones de traqueostomías y, consecuentemente, el riesgo de complicaciones. La realización de una traqueostomía está relacionada con una incidencia de complicaciones del 10-14% y con una mortalidad que varía del 0-5%².

Paciente de 17 años ingresada en la unidad de cuidados intensivos (UCI) el 5 de marzo de 1994 tras sufrir un accidente de circulación. La paciente presentó deterioro neurológico progresivo, evolucionando con coma Glasgow 10 y necesitando intubación orotraqueal. En el día 19 de ingreso se realizó una traqueostomía en los anillos segundo y tercero, colocándose una cánula de traqueostomía con manguito de baja presión. En el día 49



Fig. 1. RNM donde se observa metástasis en páncreas.

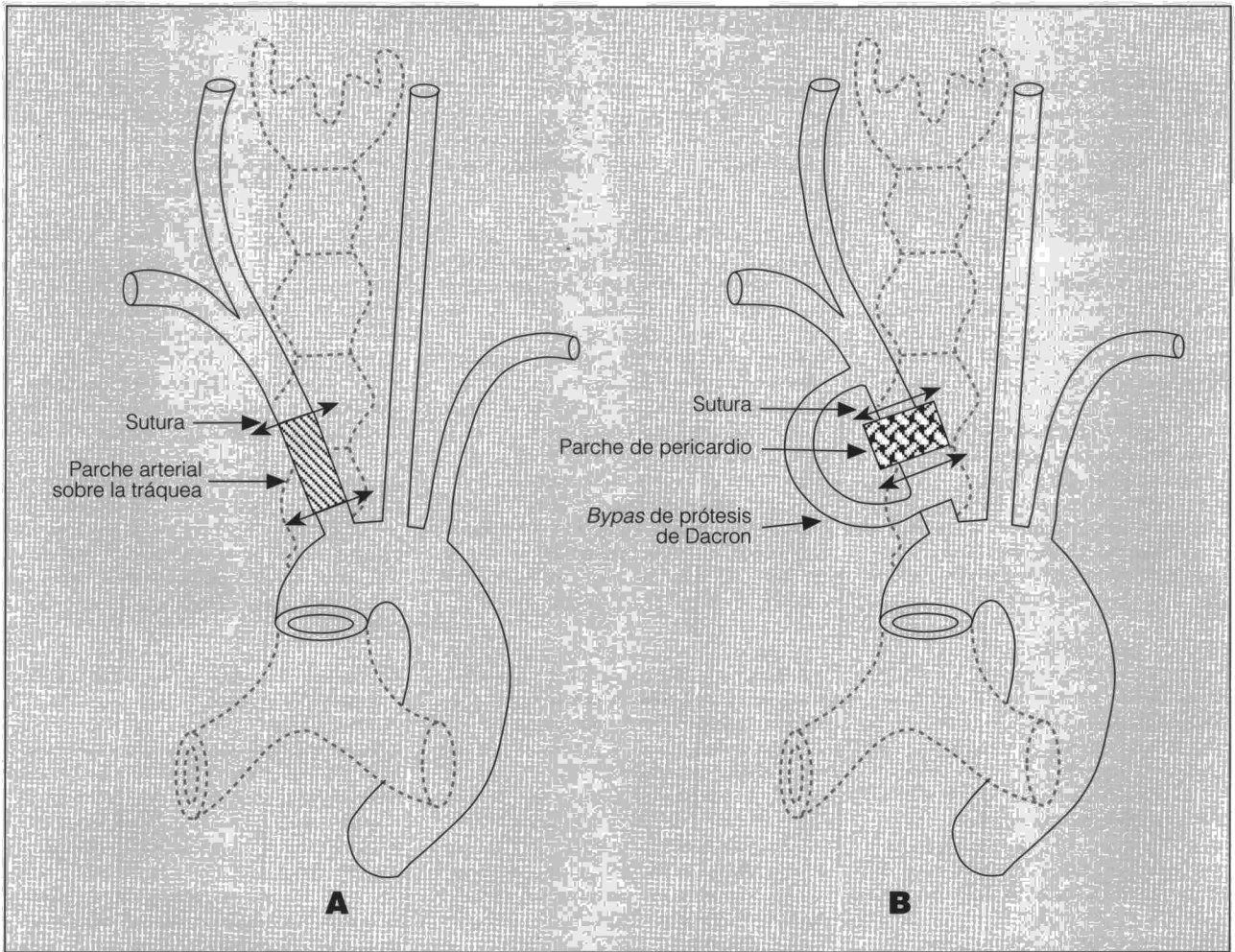


Fig. 1. A: esquema representando la utilización del trayecto fistuloso como un parche sobre la tráquea. B: esquema representando el procedimiento quirúrgico realizado en el caso descrito.

del ingreso la paciente presentó hemoptisis. El día siguiente se evidenció la presencia de sangrado arterial pulsátil mediante fibrobroncoscopia. Se reintrodujo la cánula y se intervino quirúrgicamente con carácter urgente. Fue realizada sección y sutura del trayecto fistuloso arterial y *bypass* desde el cayado de la aorta hasta la porción posfistulosa de la arteria innominada, interponiéndose además un segmento de pericardio entre el *bypass* y la porción arterial que se quedó sobre la tráquea. En el día 72 la paciente presentó nueva hemorragia, observándose a la fibrobroncoscopia lesión ulcerada sobre el estoma traqueal. Debido a nuevos sangrados la paciente falleció el día 76 del ingreso.

La hemorragia masiva secundaria a FTA es una de las complicaciones más importantes, siendo encontrada con una frecuencia del 0,7 al 3,7% en los traqueostomizados^{2,3}. La mortalidad es de prácticamente el 100% si no es tratada correctamente^{2,3}, ocurriendo la muerte por asfixia debido a la sangre que invade los pulmones^{4,5}. La presencia de infección, pequeñas hemorragias y elevada presión del manguito son factores que influyen en el desarrollo de dichas fístulas. Después

de realizarse el diagnóstico, la primera maniobra debe intentar cohibir el sangrado y evitar la aspiración de la sangre. Consiste en realizar presión digital en la fosa yugular, siendo efectiva en el 85% de los casos^{3,4,6}. Una vez lograda la inhibición del sangrado, la intervención quirúrgica urgente es el tratamiento de elección. La técnica quirúrgica con mejores resultados es la sección de la arteria afectada, con sutura de los extremos y utilización de la arteria que se encuentra en contacto con la tráquea como parche del defecto traqueal, y no realizar la reconstrucción arterial (fig. 1)³⁻⁶. Las lesiones neurológicas raramente se presentan tras este procedimiento. Con esta carta queremos recordar la necesidad de tener presente la posibilidad de esta complicación en los pacientes traqueostomizados, puesto que si no son tratados adecuadamente la mortalidad es de prácticamente el 100%.

R. Fenili^a, A. Rodríguez Pont^b y J.A. Molina^c

^aServicio de Cirugía Torácica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

^bServicio de Anestesiología.

^cServicio de Cuidados Intensivos. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona.

1. Locicero J. Tracheo-carotid artery erosion following endotracheal intubation. *J Trauma* 1984; 24: 907-909.
2. Salas JN, Caixal EP, Marco JMB, Martí JM, Borrás CMR. Hemorragia masiva por erosión de la arteria innominada como complicación de la traqueostomía. *Med Intensiva* 1986; 10: 310-313.
3. Jones JW, Reynolds M, Hewitt RL, Drapanas T. Tracheo-innominate artery erosion: succesful surgical management of a devastating complication. *Ann Surg* 1976; 8: 194-202.
4. Hafez A, Couraud L, Velly JF, Bruneteau A. Late cataclysmic hemorrhage from the innominate artery after tracheostomy. *Thorac Cardiovasc Surg* 1984; 32: 315-319.
5. Couraud L, Hafez A, Velly JF. Hemorragies endotracheales par fissuration du tronc arteriel brachio-cephalique au cors des canulations prolongees. *Presse Med* 1984; 13: 2.577-2.579.
6. Nelems B. Tracheoarterial fistula. En: Grillo HC, Eschapasse H, editores. *International trends in general thoracic surgery. Vol 2. Major challenges.* Filadelfia: WB Saunders, 1987; 69-73.