

SCHWANOMA DE TRAQUEA

F. J. ORTEGA MORALES, M. CARBAJO CARBAJO, M. HERNANDEZ ALONSO,
W. TORRE BUXALLEU, R. ONDIVIELA GRACIA* y E. GARCIA SATUE*

Servicio de Cirugía Torácica. * Departamento de Anatomía Patológica.
Hospital Nacional Marqués de Valdecilla. Santander.

Se presenta un nuevo caso de schwanoma de tráquea en una paciente de 45 años que presentaba tos irritativa, disnea y tiraje desde hacía nueve meses.

Se revisan la clínica, el diagnóstico y el tratamiento de este tumor en la poco frecuente localización traqueal. Hasta 1983 sólo se habían descrito trece casos en la literatura.

Arch Bronconeumol 1985; 21:234-236

Tracheal schwanoma

A 45-year-old woman with tracheal schwanoma and irritation cough, dyspnea and restriction of 9 months standing is described. The clinical, diagnostic and therapeutic features of this infrequent tracheal tumor are reviewed. To the authors' knowledge, only thirteen cases had been documented until 1983.

Introducción

La localización intratorácica de los tumores de extirpe neurógena es relativamente frecuente¹, pero su asiento en el árbol traqueobronquial resulta casi excepcional.

El neurilemoma se origina a partir de las células de Schwann y aunque en teoría pueden presentarse en cualquier órgano o tejido inervado, su localización en la tráquea es muy rara².

La primera descripción de un neurilemoma traqueal fue hecha por Straus y Guckien en 1951³ y desde entonces, según una reciente revisión⁴, se han descrito trece casos. En este trabajo comunicamos el caso catorce, creyendo se trata del primero publicado en nuestro país.

Observación clínica

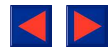
Paciente de 45 años, no fumadora ni bebedora, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude a la consulta externa por presentar desde hace 9 meses tos irritativa intensa; desde entonces, disnea progresiva a mínimos esfuerzos y en la actualidad tiraje supraesternal. Después de varias consultas sin diagnóstico, es enviada para broncoscopia.

La exploración muestra una paciente en buen estado general y únicamente destaca el tiraje supraesternal muy evidente durante la inspiración con disminución generalizada del murmullo vesicular en ambos hemitórax. En la auscultación traqueal se percibe un soplo inspiratorio y espiratorio.



Fig. 1. Corte tomográfico de la tráquea cervical que muestra el tumor endoluminal.

Recibido el 23-10-1984 y aceptado el 5-2-1985.



La radiología PA y lateral de tórax no presenta alteraciones, pero en la tomografía traqueal (fig. 1), en su proyección anteroposterior, se observa, una masa intraluminal redondeada y marmelada a la altura de la séptima vértebra cervical y que mide 2,5 cm de diámetro mayor.

Pruebas funcionales respiratorias: compatibles con la obstrucción de vías aéreas superiores.

Curva flujo volumen: Se observa una limitación del flujo inspiratorio con una relación MEF/MIF mayor a 1, compatible con una obstrucción de vías aéreas extratorácica variable.

Broncoscopia: Bajo anestesia general se introduce el broncoscopio rígido comprobándose una tumoración vegetante redondeada de superficie lisa y brillante, que ocluye más de las 3/4 partes de la luz traqueal. La tumoración se moviliza ligeramente con la presión del broncoscopio, pudiéndose observar que la base de implantación asienta en la pared anterolateral derecha de la tráquea a 5 cm de las cuerdas vocales. Mediante el asa de polipeptomía endoscópica se efectúa la resección del tumor electrocoagulando la base de implantación. No presenta hemorragia.

Estudio anatomopatológico: Macroscópicamente, la tumoración era ovoidea, bien delimitada y media $1,7 \times 1,5$ cm, de diámetros mayores. El corte mostraba una superficie uniforme, de coloración blanco-grisácea y consistencia media elástica, con un dibujo ligeramente fasciculado.

Histológicamente, estaba revestida externamente por una cápsula conectiva, y compuesta predominantemente por áreas de haces multidireccionales de células fusiformes, separadas por finos tractos conjuntivos vascularizados. Estas células, de contornos mal delimitados, citoplasma acidófilo y núcleos ovalados o alargados, en ocasiones se agrupaban en empalizadas o estructuras organoides, definidas como áreas tipo Antoni A^{5,6}, en los schwannomas (fig. 2). Existían otras áreas menos celulares, con vasos prominentes y dilatados, y un estroma rico en mucopolisacáridos ácidos, evidentes con la tinción de azul alcian. Estas áreas se definieron como áreas tipo Antoni B (fig. 3). Sólo se observaron ocasionalmente núcleos pleomórficos o hiper cromáticos.

Se interviene a la paciente mediante cervicotomía a lo Kocher con ampliación supraesternal. Se disea la tráquea. Se localiza la base de implantación mediante transluminación con el broncofibroscopio, se reseca un cilindro de tráquea de 2 cm, con anastomosis termino-terminal. Se interpone un colgajo muscular (m. pretiroideos) entre la tráquea y tronco arterial braquiocefálico.

El curso postoperatorio evolucionó sin complicaciones. La broncofibroscopia de control muestra una luz traqueal sin estenosis ni lesiones inflamatorias al año de la intervención.

Discusión

Los tumores primitivos de tráquea son poco frecuentes, si bien, la incidencia es diferente según los distintos autores. Como referencia podemos decir, siguiendo a Molinger⁷, que la relación entre el tumor traqueal y de la laringe es de 1:300 a 1:800 y en relación con el cáncer de pulmón según la Clínica Mayo⁸ la incidencia es de 1:180. Son ligeramente más frecuentes los tumores malignos⁸ que los benignos y de éstos, los tumores neurogénicos y concretamente el neurilemoma son muy raros y según Horowitz⁴ el presente caso podría representar el decimocuarto publicado en la literatura hasta el momento actual.

El diagnóstico suele hacerse después de largo tiempo de evolución^{7,9}, por término medio unos 6 meses, al igual que ocurrió en nuestro caso. En este retraso en el diagnóstico influyen distintos factores: a) Los síntomas surgen cuando la luz traqueal

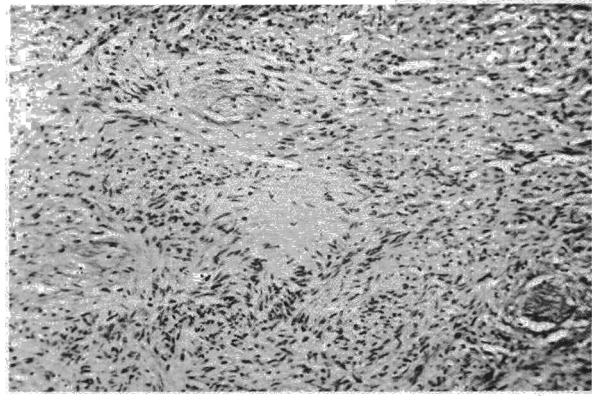


Fig. 2. Schwannoma. Areas tipo Antoni A.

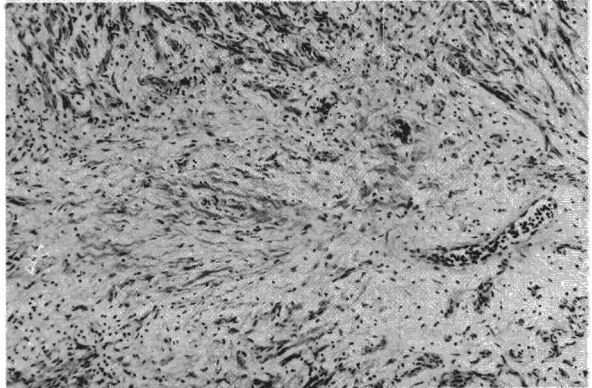
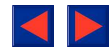


Fig. 3. Schwannoma. Areas tipo Antoni B.

se obstruye en el 75 % de su calibre. b) Es frecuente que estos pacientes sean diagnosticados de asmáticos, a pesar de no mejorar con la administración de broncodilatadores, si bien existen claras diferencias clínicas que deben hacer sospechar que la causa de la obstrucción de la vía aérea corresponde a un obstáculo traqueobronquial intra o extratorácico como son⁹: en los asmáticos la disnea es espiratoria y cede con broncodilatadores; en cambio, en la obstrucción traqueobronquial la disnea es inspiratoria, siendo inmodificable con broncodilatadores. c) La radiografía simple de tórax es normal como ocurrió en nuestro paciente, por lo que ha de recurrirse al tomograma traqueal (fig. 1), cuando haya sospecha clínica, el cual demostrará la lesión y sus características: localización, dimensiones e incluso pueden obtenerse algunos datos sobre la benignidad o malignidad de la lesión, destrucción de la pared traqueal o infiltración de los tejidos peritraqueales. Igualmente proporciona datos a la hora de plantear el tratamiento quirúrgico. La tomografía traqueal hace innecesaria la traqueografía de contraste, que no está exenta de peligros.

El laboratorio de fisiopatología respiratoria contribuye a evaluar el grado de obstrucción de la



vía aérea, por medio de la espirometría convencional y con la curva flujo-volumen.

El diagnóstico definitivo se realiza con la broncoscopia rígida y/o flexible, que proporciona información de gran valor diagnóstico y terapéutico. La observación directa orienta, por las características morfológicas, acerca de la benignidad o malignidad de la lesión y permite la toma bióptica. En el caso que nos ocupa se decidió por la extirpación-biopsia, pues, aún siendo sesil, la base de implantación no era extensa y permitía el empleo del asa de polipeptomía, aliviándose, por otra parte, la obstrucción bronquial.

El schwannoma o neurilemoma es una tumoración derivada de las células de Schwann o de las células perineurales del nervio periférico. El nervio del que se origina, suele hallarse en la periferia de la tumoración, adherido a la cápsula, sin penetrar en la masa. Es una neoplasia casi siempre solitaria, que no se maligniza y sus localizaciones más frecuentes son las superficies flexoras de las extremidades, cuello, mediastino, retroperitoneo, raíces medulares posteriores y ángulo ponto-cerebeloso¹⁰. Es el tumor benigno de origen neural, más frecuente en el mediastino y cavidad torácica¹.

En cuanto al tratamiento, el neurilemoma traqueal está considerado como un tumor benigno; no obstante, Horovitz⁴, reporta un caso personal que recidivó 12 años después de una extirpación endoscópica y en el que la intervención precisó la resección del tercio distal de la tráquea con reconstrucción de la carina, observando que el tumor tenía extensión extratraqueal. En el caso que comunicamos, ésta fue la razón por la que realizamos resección de los anillos traqueales donde asentaba la base de implantación.

Durante la intervención se presentaron dificultades en la localización, pues no existía crecimiento extratraqueal. Dichas dificultades se solventaron recurriendo a la transluminación traqueal peroperatoria con el broncofibroscopio, lo cual, permitió observar una opacidad de la pared traqueal que correspondía a la base de implantación tumoral.

BIBLIOGRAFIA

1. Reed JC, Hallett KH, Feigin DS. Neural tumors of the thorax. Subject review from the AFIP. *Radiology* 1978; 126: 9-17.
2. This-Van Nies A, Van de Brekel B, Buytendijk HJ, Maessen F. Neurofibroma of the trachea: a case report. *Thorax* 1978; 33:121-123.
3. Straus GD, Guckien JL. Schwannoma of the tracheobronchial tree. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1951; 60:242-246.
4. Horovitz AG, Khalil KG, Verani RR, Guthrie AM, Cowan DF. Primary intratracheal neurilemoma. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 85:313-317.
5. Goode P, Farrington T. Extracranial neurilemoma of the head and neck. *J Laryngol Otol* 1980; 94:243-249.
6. Harkin JC, Reed RJ. Tumor of the perineural nervous system. En: Atlas of tumors pathology, Second Series, Fascicle 3. AFIP, Washington DC 1969.
7. Le Tian X, Zhen-Fu S; Za-Jian L, Lian Mun WV; Zhi Zhong W. Tracheobronchial tumors: An eighteen-year series from Capital Hospital, Pekin, China. *Ann Thorac Surg* 1983; 35:590-596.
8. Karlan MS, Livingstone PA, Baker DC. Diagnosis of tracheal tumors. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1973; 82:790-799.
9. Olmedo G, Rosenberg M, Fonseca R. Primary tumors of the trachea: Clinicopathologic features and surgical results. *Chest* 1982; 81:701-706.
10. Rosai J. Ackerman's surgical pathology. Edice Santonis. Edit. C.V. Mosby 1981.