

ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DE TRAQUEA

E. ANTON ARANDA, C. DE MIGUEL*, M.^ªT. CIA LECUMBERRI, F.J. DOMINGUEZ DEL VALLE, G. TIBERIO LOPEZ y C. PEREZ GARCIA

Servicio de Medicina Interna y Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital de la S.S. Virgen del Camino. Pamplona.

Se presenta el caso de un varón de 61 años, fumador importante, que ingresó en nuestro servicio por presentar disnea intensa y estridor laríngeo. La radiografía torácica mostró una lesión nodular traqueal en su tercio superior que en el examen endoscópico reveló un aspecto tumoral y la biopsia confirmó su naturaleza de adenocarcinoma. La neoplasia se resecó en su mayor parte mediante asa de electrocoagulación a través de endoscopio rígido, consiguiéndose la normalización clínica y una buena evolución.

Arch Bronconeumol 1985; 21:167-169

Primary adenocarcinoma of the trachea

A 61-year-old man was admitted because of severe dyspnea and stridor of the larynx. He was a heavy habitual smoker. Chest radiography demonstrated a nodular lesion in the upper third of the trachea which endoscopy revealed to be tumorous and biopsy confirmed as adenocarcinoma. The tumor was resected with rigid endoscopy electrocoagulation which elicited a favourable response and course.

Introducción

El carcinoma primario de tráquea es una neoplasia muy rara, con una sintomatología anodina que puede simular otros procesos de vías aéreas bajas¹, lo que dificulta notablemente su diagnóstico precoz.

Presentamos el primer caso de carcinoma primitivo de tráquea diagnosticado en nuestro centro, destacando sus características clínicas y los métodos complementarios que permitieron el diagnóstico.

Observación clínica

Varón de 61 años, fumador de 30 cigarrillos al día y sin antecedentes de patología broncopulmonar hasta quince meses antes del ingreso en que comienza con expectoración hemoptoica ocasional. En el momento de su ingreso refería que desde hacía un mes notaba dificultad respiratoria con estridor laríngeo intensificándose los dos últimos días con sensación de dificultad para espirar a nivel traqueal fundamentalmente.

Examen físico: paciente disneico con estridor laríngeo. Auscultación cardíaca normal. Auscultación pulmonar: hipoventilación global sin estertores. La tensión arterial era de 130/70 mmHg, la temperatura axilar de 36,5 °C y el resto de la exploración fue normal.

El estudio biológico de sangre incluyendo gasometría arterial no mostró alteraciones.

Pruebas de función respiratoria (espirometría): CV (capacidad vital) = 3.390 ml (87 % del volumen teórico), VEMS = 610 ml (21 % del volumen teórico), índice de Tiffenau = 17 % (23 % del valor teórico).

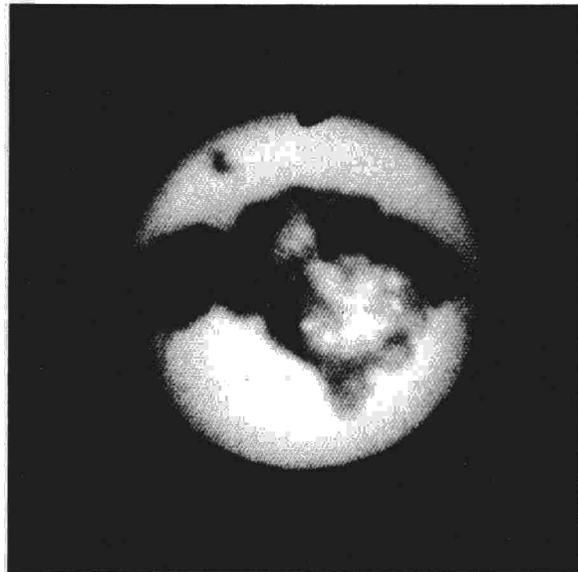
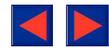


Fig. 1. Visión endoscópica del adenocarcinoma traqueal. Descripción en el texto.

Recibido el 17-12-1984 y aceptado el 9-4-1985.



En la radiografía simple de tórax se observó una imagen nodular redondeada a unos 6 cm por debajo de las cuerdas vocales, sobre el tercio superior de tráquea. En el examen con broncofibroscopio se vio a unos 6 cm de las cuerdas vocales, junto al comienzo de la tráquea torácica, una gran masa polilobulada e irregular, rojiza, con implantación en la pared lateral derecha, blanda a la biopsia con sangrado discreto y que estaba firmemente adherida a la pared (fig. 1). La masa dejaba un pequeño espacio en región posterolateral izquierda para el paso de aire, virtual en la espiración y de pocos milímetros en la inspiración. El aspirado bronquial no mostró presencia de células neoplásicas pero la biopsia de la masa fue informada por el Servicio de Anatomía Patológica: histológicamente correspondía a mucosa traqueal con una tumoración a nivel de corión, el epitelio estaba respetado y con cambios de metaplasia escamosa. El tumor era glandular, con patrón cribiforme y papilar de escaso o nulo estroma interglandular y con focos de necrosis en las áreas sólidas. Las células eran columnares, de amplios citoplasmas muy eosinófilos y núcleos basales o pseudoestratificados y muy escasa atipia y mitosis. Ocasionalmente existía material PAS (+) intracitoplásmico y luces glandulares (fig. 2). En resumen se trataba de un adenocarcinoma bien diferenciado de tráquea.

Se comenzó a tratar inicialmente con corticosteroides, broncodilatadores y mucolíticos pero debido al importante grado de estenosis fue necesario, con broncoscopio rígido, hacer resecciones parciales del tumor quitando la masa principal mediante electrocoagulación con asa, quedando toda la masa ampliamente cortada a nivel de la base de implantación la cuál protuía 1 a 2 mm en la luz. Se consiguió de esta forma la mejoría clínica y normalización de las pruebas de función respiratoria dándose de alta con buen estado general. Cuatro meses más tarde, una revisión clínica fue normal.

Comentario

El carcinoma de tráquea es un tumor raro que supone menos de 1 % de las neoplasias malignas del sistema respiratorio² y el 0,1 % de los pacientes con carcinoma podría esperarse que tuviesen carcinoma primitivo traqueal¹. En nuestro centro es el único caso diagnosticado hasta el momento.

Este tumor suele incidir más en el varón con una edad media de 55 años³. Aunque la etiología no es conocida, parece existir una correlación positiva entre el hábito tabáquico y la aparición de la neoplasia⁴. En efecto, se han observado alteraciones patológicas en el epitelio traqueal de fumadores, las cuales podrían estar asociadas con una función pulmonar anormal. La escasa incidencia de carcinoma traqueal en comparación con el de laringe y bronquios podría ser explicada porque en la tráquea existe un reflejo tusígeno potente, la acción ciliar de limpieza es más efectiva y hay menor atrapamiento de moco que en las otras localizaciones⁵. Se ha reportado el desarrollo de carcinoma traqueal tras el uso de I¹²⁵ como terapéutica de tirotoxicosis⁶.

La mitad de estos tumores suele localizarse en la parte inferior de la tráquea, un tercio en su parte superior y el resto en la parte media⁴. Histológicamente, el carcinoma de células escamosas es el más frecuente, mientras el adenocarcinoma supone el 10-12 % en las series revisadas^{1,7}. En general es similar histológicamente a su homónimo pulmonar. El caso presentado es muy similar histológica y citológicamente a la variante papilar de los adeno-

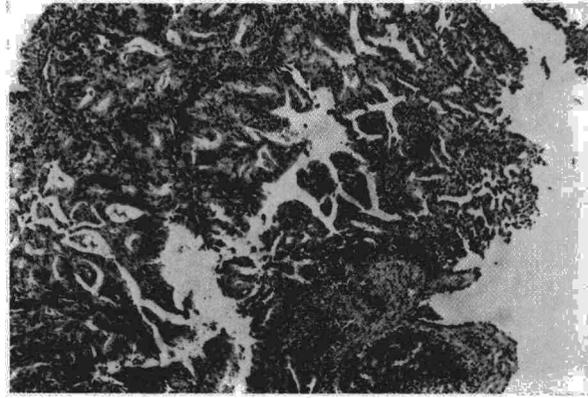
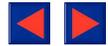


Fig. 2. Panorámica del tumor donde se evidencia el carácter papilar del mismo (Neg. 40x).

carcinomas de bajo grado de las glándulas salivares menores⁸ y probablemente se haya originado en las glandulares salivares de la mucosa traqueal.

El carcinoma traqueal cursa habitualmente con una sintomatología inespecífica que suele consistir en tos irritativa, sibilancias espiratorias y ocasionalmente expectoración hemoptoica⁹. La mayoría de los pacientes tienen estridor y puede haber disnea y/o disfagia. La disnea puede ser constante o paroxística, simulando a menudo un proceso asmático, hecho que explica porqué muchos pacientes han sido tratados ineficazmente como asmáticos antes de conocerse la naturaleza verdadera del distress⁴.

El diagnóstico precoz de esta enfermedad sigue siendo el problema fundamental, pues una clínica inespecífica y de algún modo mimetizante junto a la radiografía simple de tórax que habitualmente no da signos, justifica que haya casos en los que ha transcurrido entre 10 y 15 meses desde el inicio de la sintomatología hasta el definitivo diagnóstico^{1,9}. En nuestro caso la radiografía torácica tuvo valor orientativo. La tomografía traqueal es frecuentemente diagnóstica¹⁰, recomendándose el uso de contraste radioopaco en esta situación⁴. El examen de la citología de esputo se considera de valor diagnóstico, principalmente para el tipo escamoso. Últimamente se ha propugnado la realización de curvas flujo-volumen en el diagnóstico de estos tumores, ya que permiten detectar la obstrucción de la vía respiratoria superior en presencia de obstrucción difusa de la vía aérea⁹. El diagnóstico definitivo se basa en la práctica de traqueobroncoscopia^{1,4,5,10}, que permite visualizar el tumor y sus características así como la toma de biopsia que informará sobre su naturaleza histológica; ésta junto al tamaño de la masa son los condicionantes principales del pronóstico, siendo éste peor para el tipo escamoso y mucosecretor⁹. Este tumor es relativamente lento en metastatizar lo que suele hacer generalmente por vía sanguínea hacia pulmón, hueso, hígado o cerebro^{3,5}.



El tratamiento de elección es la resección endoscópica del tumor, para permitir una vía aérea permeable^{1,5} cómo ocurrió en nuestro paciente con un buen resultado. La cobaltoterapia se reserva actualmente para casos inoperables^{4,5}. Un último avance terapéutico parece ser la fotorradiación mediante el uso combinado de derivados de hemato porfirina y láser que ha obtenido buenos resultados en el carcinoma avanzado de tráquea y bronquio¹¹.

BIBLIOGRAFIA

1. Hadju SI, Huvos AG, Goodner JT, Foote FW, Beattie EJ. Carcinoma of the trachea. Clinicopathologic study of 41 cases. *Cancer* 1970; 25:1448-1456.
2. Fraser RG, Pare JAP. *Diagnosis of diseases of the chest*. Philadelphia, Saunders Co 1978; 1013-1026.
3. Felson B. Neoplasias de tráquea y árbol bronquial principal. En *Seminarios de Roentgenología*, Barcelona. Ed. Científico-Médica 1983; 33-38.
4. Lewit T, Karman S, Terracina S, Beemer AM. Malignant tumor of the trachea. *Chest* 1971; 60:498-499.
5. Panke EJ, Presley SS, Holinger PH. Tracheogenic carcinoma. *JAMA* 1962; 182:519-522.
6. Gray HW, McKillop JH, McGurk FM, Davidson KG, Doig JA, Gillespie FC. Carcinoma of the trachea following iodine-125 therapy for thyrotoxicosis. *Lancet* 1982; 1:688.
7. Olmedo G, Rosemberg M, Fonseca R. Primary tumors of the trachea. *Chest* 1982; 81:701-706.
8. Mills SE, Garland TA, Allen MS. Low-grade papillary adenocarcinoma of palatal salivary gland origin. *Am J Surg Pathol* 1984; 8:367-374.
9. Vaquer M, García A, López E, Ladaría A, de la Calle, F. Carcinoma primitivo de tráquea. *Med Clin (Barc.)* 1980; 74:284-286.
10. Thornley PE, Howatson SR. Primary carcinoma of the trachea: mixed squamous and oat-cell types. *Thorax* 1980; 35:72-73.
11. Vincent RG, Dougherty TJ, Rao U, Boyle DG, Potser, WR. Photoradiation therapy in advanced carcinoma of the trachea and broncus. *Chest* 1984; 85:29-33.