

Carcinoma adenoideo quístico de tráquea

Adenoid cystic carcinoma of trachea

Howard Rosas Solares⁽¹⁾, Marco Monzón Monroy⁽¹⁾, Daniel Velásquez Orozco⁽¹⁾, René Santizo Fión⁽¹⁾.

1. Unidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala, Guatemala.

Autor correspondiente: Dr. René Santizo Fión.

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i1.433>

Recibido: 16 de Septiembre 2021 **Aceptado:** 14 de Diciembre 2021

Resumen

El carcinoma adenoideo quístico es de los tumores malignos primarios de tráquea más comunes, aunque su incidencia es únicamente de 0.2 por cada 100 000 habitantes. Se caracteriza por lesiones polipoides o placas infiltrativas. Afecta generalmente el tercio proximal de la tráquea. El diagnóstico se basa en la broncoscopia para evaluar reseabilidad y para tomar biopsias. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica, y en los casos con márgenes positivos, radioterapia. Presentamos el caso de un paciente con dicho tumor.

Palabras clave: Carcinoma adenoideo quístico, tráquea, cirugía.

Abstract

Adenoid cystic carcinoma is one of the most common primary malignant tumors of the trachea, although its incidence is only 0.2 per 100,000 inhabitants. It is characterized by polypoid lesions or infiltrative plaques. It generally affects the proximal third of the trachea. The diagnosis is based on bronchoscopy to assess resectability and to take biopsies. The treatment of choice is surgical resection, and in cases with positive margins, radiotherapy. We present the case of a patient with this tumor.

Keywords: Adenoid cystic carcinoma, trachea, surgery.

Presentación de caso clínico

Hombre de 33 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien presentó disnea y tos de 10 meses de evolución. Neumólogo ordenó tomografía axial computarizada (TAC) de cuello, evidenciando tumor subglótico de 2 cm que obstruía la vía aérea en un 50% e invadía tejidos blandos.

Al examen físico, sin lesiones en nariz, boca o faringe. Cuello sin adenopatías palpables. Se completó estudios con radiografía simple de cuello, evidenciando obstrucción casi completa de la vía aérea subglótica por masa de 3 cm (Fig.1).

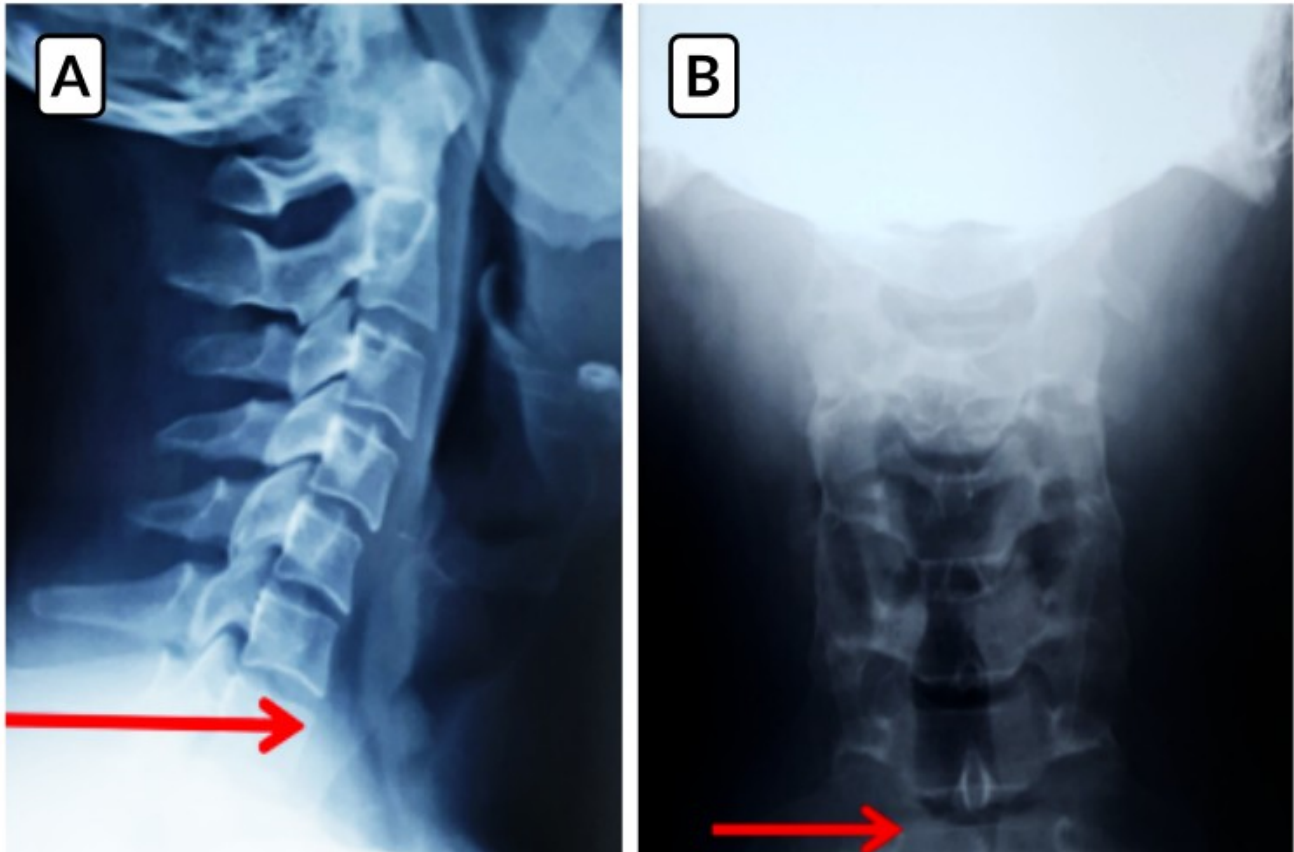


Figura 1. *Imagen A:* Rayos x de cuello proyección anteroposterior e *Imagen B:* Proyección lateral en donde se evidencia obstrucción de la columna de aire a nivel de la sexta vértebra cervical en la tráquea intraluminal con obstrucción de la vía aérea en un 80% señalada con flecha roja.

Nueva TAC de cuello mostró masa subglótica a nivel del primero al cuarto anillo traqueal que obstruía su luz en un 80% e invadía tejidos peritraqueales. (Fig. 2).

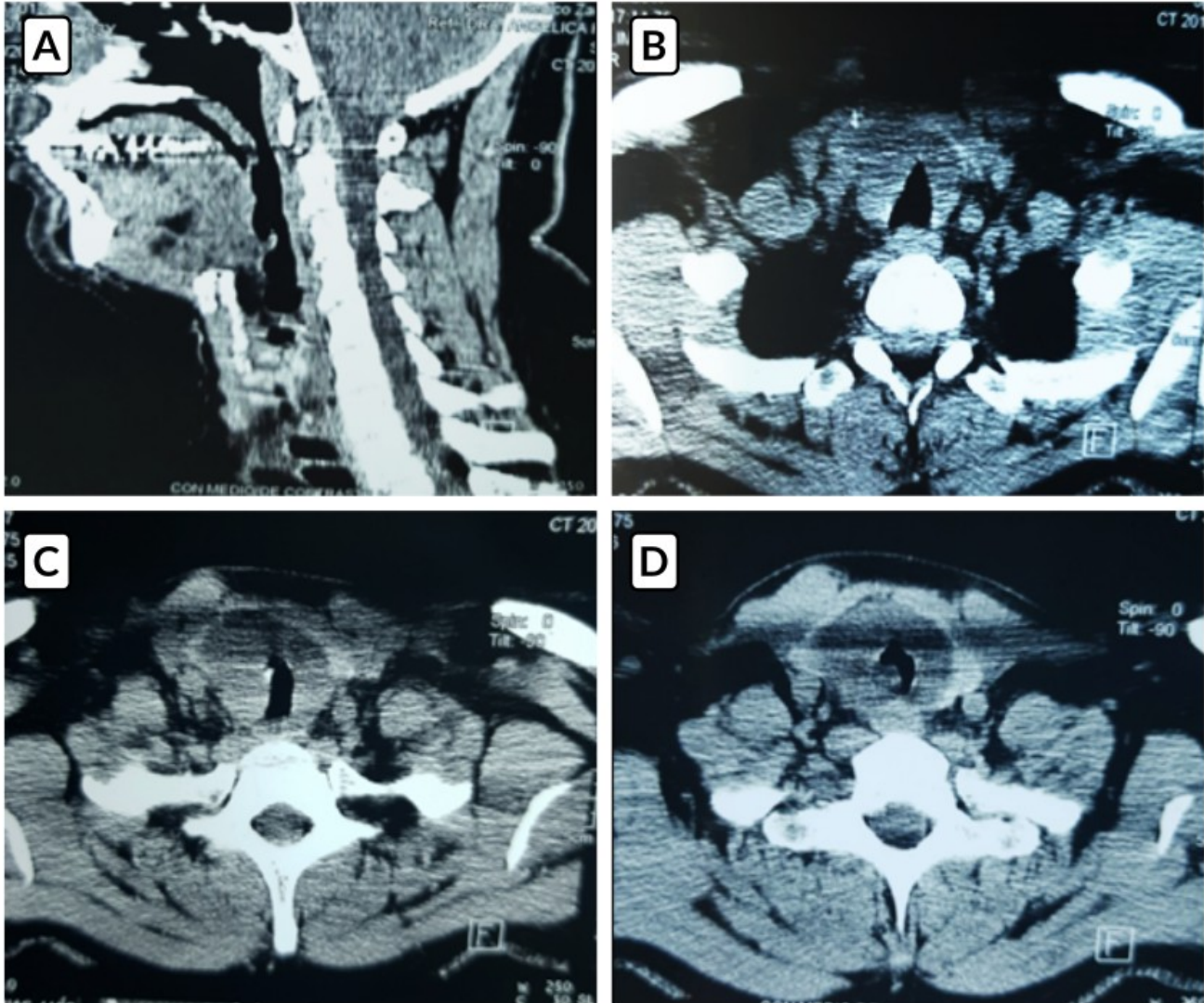


Figura 2. Tomografía axial computarizada del cuello. Imagen A: Se evidencia proyección coronal evidenciando extensión de lesión desde la región subglótica (quinta vértebra cervical masa circunferencia que obstruye el 80% de la luz traqueal. **Imagen B:** Corte axial a nivel cervical evidenciando tumor circunferencia de 2cm de espesor, obstrucción de la luz 80% con invasión a tejidos blandos de las cuerdas vocales masa en base de cuerda vocal izquierda de 1 cm. **Imagen C:** Corte axial a nivel de sexta vértebra peritraqueales. **Imagen D:** Corte axial a nivel de séptima vértebra cervical.

Se efectuó nasolaringoscopia observando masa a nivel de primer y segundo anillo traqueal, de bordes irregulares, con compromiso del 80% de la luz traqueal (Fig. 3).

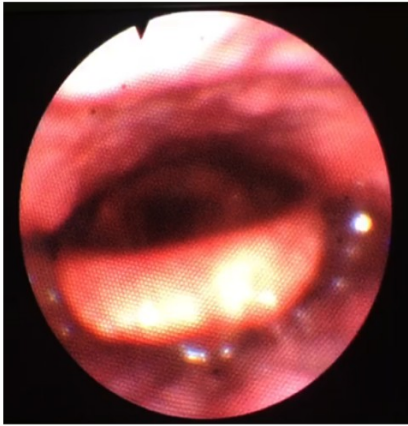


Figura 3: Nasolaringoscopia flexible realizada bajo sedación en donde se evidencia tumor de bordes irregulares con obstrucción de la luz en un 80%.

Se realizó traqueostomía protectora y toma de biopsias. El resultado histopatológico fue de carcinoma adenoideo quístico. Se realizó resección de 4 anillos traqueales más anastomosis termino-terminal (Figura. 4 A). Se dejó cánula de traqueostomía 8F en línea media para protección de la anastomosis. (Figura. 4 B).

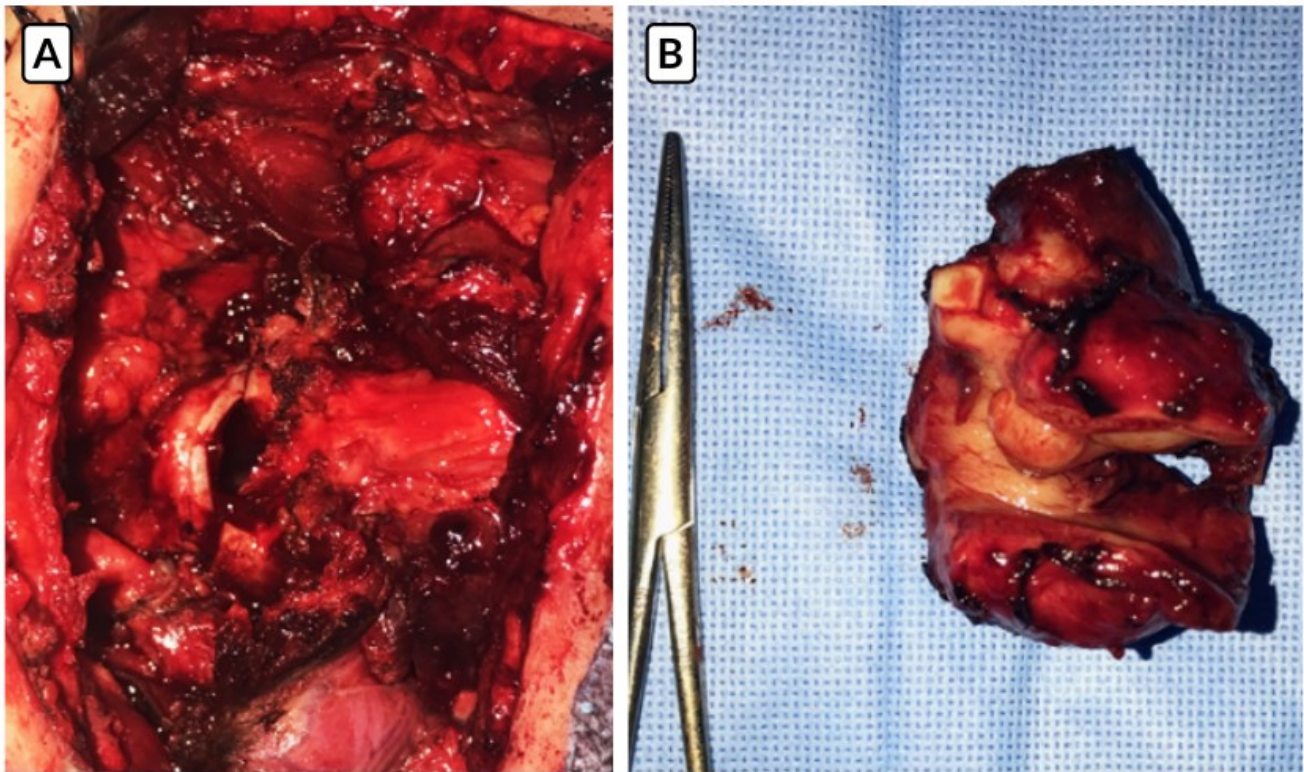


Figura 4. Figura A: Muestra la anastomosis termino terminal realizada posterior a la resección de 4 anillos traqueales. **Figura B:** Muestra la pieza quirúrgica de 4.5cm x 3.5cm que corresponden a 4 anillos traqueales porción superior de tiroides ambos lóbulos.

El diagnóstico histopatológico fue carcinoma adenoideo quístico de 4.5x4x3.5 con permeación vascular e invasión perineural que infiltra tejidos blandos peritraqueales y tiroides a ambos lados; bordes quirúrgicos proximal distal y circunferencias con lesión. El seguimiento se hizo a través de consulta externa de cirugía de tórax, oncología médica y otorrinolaringología durante 5 años, con uso de tomografía y nasolaringoscopia flexible, sin evidenciar recidiva, por lo que se le realizó cierre de traqueostomía.

Discusión

El caso presentado, hombre de 33 años de edad, corresponde a un carcinoma adenoideo quístico de tráquea; esta patología es más común en hombres hasta en un 70%; en cuanto a la edad, la literatura reporta que los tumores malignos de tráquea son más comunes en personas de 60 años, lo que hace a este caso poco frecuente [1,3,4]. El paciente en su primera evaluación presentaba disnea al mínimo esfuerzo; razón por la cual se agilizaron los procesos de atención y se decidió realizar una primera intervención, la cual consistió en traqueostomía para asegurar la ventilación, considerando que por su edad, los tumores malignos de tráquea son poco frecuente. Posterior al informe de las primeras biopsias se replanteó el caso para realizar cirugía de resección de tumor [3]. La serie de casos más grande es de 578 casos de tumores malignos de tráquea, con una supervivencia a los 5 años del 47% para enfermedad localizada, 26% para enfermedad regional, 4% para metástasis a distancia [4]. En el paciente descrito en el caso clínico presento una resección del tumor R1 por lo que se consideró la quimioterapia, radioterapia y seguimiento estrecho en busca de recidiva precoz. Varios estudios reportan para pacientes con carcinoma adenoideo quístico que tuvieron resección del tumor y luego radioterapia, una tasa de recidiva a los 5 años de 52% y a los 10 años de 29%. No se encontraron estudios que mencionaran tasa de recidiva en cuanto a radioterapia y quimioterapia conjuntamente tal y como se le administro al paciente descrito en este caso. Sin embargo sí está descrito el uso de cisplatino como quimioterapia para paciente con carcinoma adenoideo quístico irresecables [3,4].

Referencias bibliográficas / References

1. Rosenberg M, Patane AK, Poleri C, Raya M, Rosales A, Rojas O, Olmedo G. Tumores primitivos traqueales. Hospital de rehabilitación respiratoria Maria Ferrer.
2. Pearson FG, Tood TR, Cooper JD, Expierence with primary neoplasms of the trachea and Carina. J Thorac Cardiovascular Surg 1984;88 (4) 511-518.
3. Rivas de Andrés JJ, De la Torre Bravos MM, Blanco González S, Córdoba Peláez M, Miguelez Vara C, Sobrido González F. Tumores traqueales poco frecuentes: carcinoma adenoideo quístico y adenoma de glándulas mucosas. Cir Esp 2000; 67(4): 391-393.
4. Lñiguez García MA, Guzmán de Alba E, Luna Rivero C, Salazar Otoala GF, Nuñez Bustos CM, Vásquez Minero JC. Tratamiento quirúrgico del carcinoma adenoideo quístico de la tráquea. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Neumol Cir Torax, vol 73 No2. 112-127. Abril -Junio 2014.