

Carcinoma de células escamosas primario de tráquea

Primary squamous cell carcinoma of the trachea

Ana Lucrecia Pisquiy Quemé⁽¹⁾, Melisa Gonzáles⁽¹⁾, Luis Miguel Miranda⁽¹⁾, Otto Orozco⁽¹⁾, Astrid Gonzáles⁽¹⁾.

1. Departamento de Medicina Interna, Hospital Regional de Occidente, Quetzaltenango, Guatemala.

Autora corresponsal: Dra. Ana Lucrecia Pisquiy Quemé, lukypisquiy@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i2.487>

Recibido: 21 de Marzo 2022 **Aceptado:** 1 de Mayo 2022

Resumen

Los tumores traqueales primarios son raros, el 90% de ellos son tumores malignos. El carcinoma epidermoide traqueal es el tipo histológico más común de los tumores traqueales malignos primarios, ya que representan la mitad a dos tercios de estos. Se ve principalmente en fumadores. Los tumores pueden surgir como un nódulo intraluminal y progresar para incluir extensión mediastínica o metástasis, y pueden conducir a estenosis o fístula traqueo-esofágica. A continuación, se presenta un caso de paciente masculino de 41 años con Carcinoma epidermoide primario de tráquea.

Palabras clave: Carcinoma epidermoide, tráquea, estridor, fumador.

Abstract

Primary tracheal tumors are rare, 90% of them are malignant tumors. Tracheal squamous cell carcinoma is the most common histologic type of the primary malignant tracheal tumors, since they represent one-half to two-thirds of these. It is mainly seen in smokers. Tumor may arise as an intraluminal nodule and progress to include mediastinal extension or metastases, and may lead to tracheoesophageal stricture or fistula. The following is the case of 41-year-old male patient with primary Squamous cell carcinoma of the trachea.

Keywords: Squamous cell carcinoma, trachea, stridor, smoker.

Introducción

Como ya se mencionó, los tumores traqueales primarios son extremadamente raros y constituyen menos del 0,4% de todos los tumores, produciendo el 0,1% de las muertes por cáncer en todo el mundo [1]. Con una incidencia variable de aproximadamente 2,6 casos nuevos por millón de personas por año. Las tasas de supervivencia general a los 5 años notificadas son tan bajas como del 13 % al 30 %, tasas que abarcan en gran medida todas las histologías [2]. Es probable que los tumores traqueales se retrasen en el diagnóstico debido a los síntomas inespecíficos que comparten con otras etiologías benignas. Generalmente se diagnostican dentro de los cuatro a seis meses posteriores al inicio de los síntomas. La broncoscopia es el medio habitual para obtener tejido para la confirmación histológica del diagnóstico [3].

Reporte de caso

Paciente masculino de 41 años de edad, piloto, con antecedente de alcoholismo crónico y fumador desde los 15 años de edad. Consulta a emergencia de medicina interna por disnea de 1 semana de evolución. Refiriendo que dos meses antes fue ingresado al servicio de cuidados intensivos de cirugía debido a politraumatismo secundario a accidente de tránsito, permaneció bajo ventilación mecánica invasiva por 10 días, fue dado de alta hacía un mes. Sin embargo, una semana previa a consultar inició con disnea a medianos esfuerzos, la cual se acompañaba de tos productiva. Dichas molestias aumentaron en intensidad, sobre todo la disnea por lo que decide consultar. Al ingreso, oximetría de pulso en 75% a aire ambiente, con estridor laríngeo espiratorio. En radiografía de cuello se observó estrechamiento de la luz traqueal subglótica y dilatación de los espacios aéreos faríngeos. Se realiza tomografía de cuello en donde se evidencia estrechez de la vía aérea a nivel de tercio proximal de la tráquea y engrosamiento concéntrico en la pared de esofágica. La broncoscopia mostró estenosis subglótica Myer Cotton 3 (Fig. 1), se colocó traqueostomía para asegurar la vía aérea permeable y se tomó biopsia en segunda broncoscopia, la cual reportó Carcinoma epidermoide. La endoscopia, mostró una úlcera en bulbo duodenal Forest III. Se realizó tomografía de tórax, donde se documentó escaso derrame pleural derecho que comprometía la cisura menor, fractura lineal antigua a nivel escapular y fracturas consolidadas en múltiples arcos costales derechos. Tomografía abdominal y pélvica sin anomalías. El diagnóstico fue carcinoma de células escamosas primario de tráquea. Se inició quimioterapia con Gemcitabina y Cisplatino.

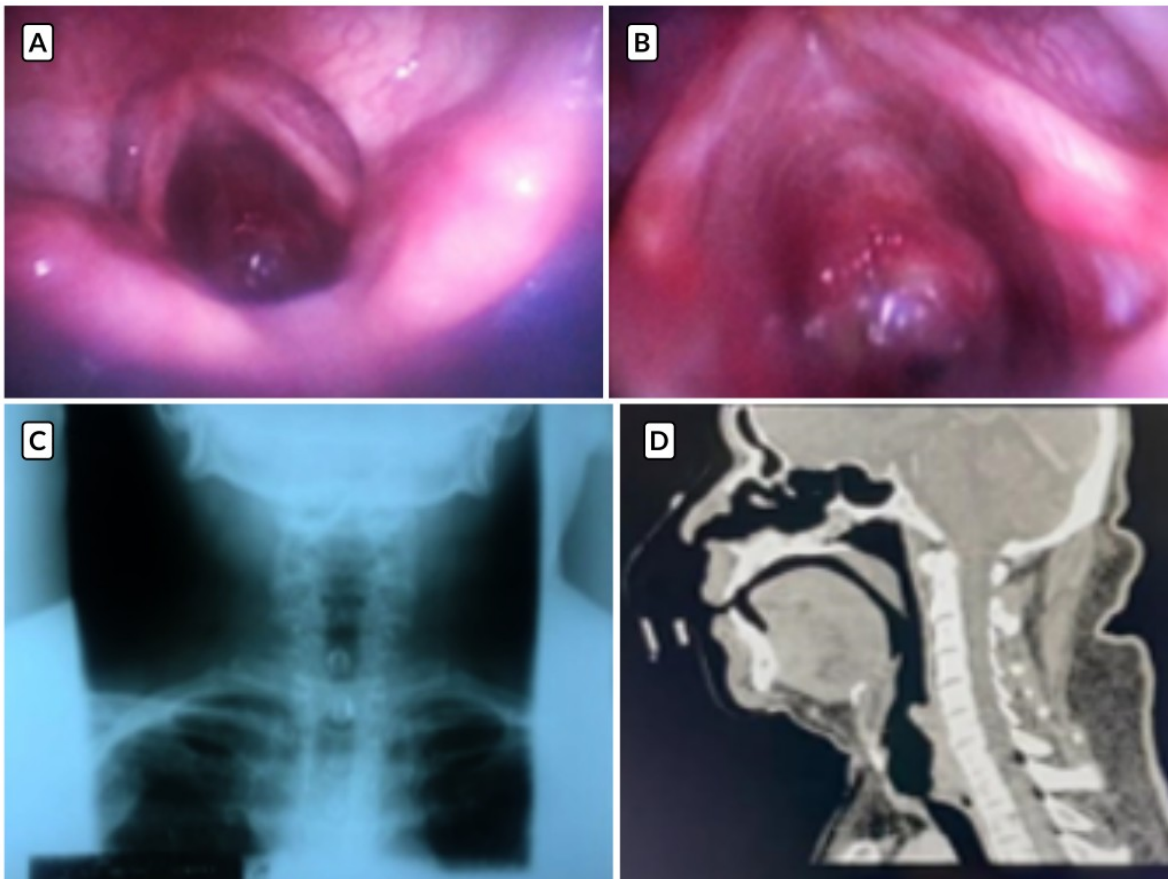


Figura 1: Masa traqueal. A y B) Broncoscopia: A 2 cm de la región subglótica se observa disminución de la luz de la tráquea obstruyendo el 85% de la luz. C. Radiografía de cuello: estrechamiento de la sombra aérea traqueal subglótica. D. Tomografía de cuello: corte sagital en el que se observa el estrechamiento en el tercio proximal de la tráquea.

Discusión

El carcinoma de células escamosas es el tumor traqueal primario maligno más común, con mayor prevalencia en hombres, y está altamente asociado con el tabaquismo. En el presente caso, tal y como lo describe la literatura, nuestro paciente cursa con carcinoma epidermoide de tráquea, es un paciente masculino y cuenta con antecedentes de ser fumador de larga data, el cual lo predispone a este tipo histológico [1]. El segundo cáncer traqueal más común, el carcinoma adenoide quístico, es más común en los no fumadores [2]. Cabe mencionar que al inicio se consideró la posibilidad de estenosis traqueal secundaria a intubación endotraqueal, por antecedente previamente mencionado, y que paciente no refería sintomatología previa, ni antecedentes de pérdida de peso. El diagnóstico de la mayoría de estos tumores a menudo se retrasa porque los síntomas son inespecíficos. Pueden producir síntomas cuando la lesión se agranda hasta obstruir más de la mitad del área transversal de la tráquea, lo que provoca tos, hemoptisis, disnea, ronquera y estridor [1,3,4]. Las características de imagen incluyen una lesión polipoide o sésil, que causa un estrechamiento excéntrico de la luz de las vías respiratorias o un engrosamiento circunferencial de la pared, en el tercio inferior de la tráquea. Los síntomas presentados por el paciente fueron tos, disnea y estridor.

Referencias bibliográficas / References

1. Arash B, Eric Y, Saeed G. Tumores traqueobronquiales: correlación radiológica-patológica de tumores e imitadores. Revista Elsevier. July–August 2020; 275-284. Disponible en:
<https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2019.04.003>
2. Mohammad K, William A, Ayman O, Tejas P. Epidemiología y tendencias de tratamiento para el carcinoma traqueal primario de células escamosas. Department of Radiation Oncology, University of Colorado School of Medicine. Octubre 2020. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6790149>
3. Hussein A, Al-Saleh K, El-Sherify M, Sakr H, Shete J, Nareeh M. Primary Squamous Cell Carcinoma of the Trachea: Two Cases Report. Gulf J Oncolog. 2020 May;1(33):75-79. PMID: 32476654.
4. Rashmi K, Remm A, Shrinivas R, Julian K, Ahmet L. Características clínicas y pronóstico del cáncer traqueal primario. octubre de 2018; 12(4): 298–302. PMID: 30774830