

¿Qué puede haber detrás de una bronquitis que evoluciona mal?

López Álvarez, Xosé Luis
Médico de familia. C.S. Mariñamansa. Ourense

García Seijo, Paula
MIR Medicina de Familia e Comunitaria. C.S. Mariñamansa. Ourense

Cad Aten Primaria
Año 2009
Volume 16
Páx. 253-255

RESUMEN DEL CASO

Paciente de 49 años con antecedentes personales de cardiopatía isquémica con IAM en el año 2002 y exfumador desde dicha fecha. Acude a nuestra consulta por tos con expectoración blanco-amarillenta y disnea de medianos esfuerzos desde hace una semana. Refiere también algún episodio de hemoptisis dentro de este contexto.

A la exploración presenta:

- AC: tonos puros y rítmicos, no soplos.
- AP: roncus y sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares.
- Abdomen: blando, no doloroso. No se palpan masas ni visceromegalias. No defensa.

Ante la sospecha de una bronquitis aguda se le prescribe antibiótico y se solicita una radiografía de tórax que resultó normal. Pasada una semana el paciente refiere empeoramiento de su estado general con más disnea y tos seca. Debido a la mala evolución clínica se decide remitir a urgencias para valorar ingreso y estudio hospitalario.

Una vez ingresado se le realizan una serie de pruebas de las que destacan:

- Radiografía de tórax: Índice cardiorácico normal. No datos de insuficiencia cardíaca ni condensaciones parenquimatosas. Posible disminución de la luz traqueal sin datos claros de desplazamientos.
- Espirometría: Obstrucción al flujo aéreo de grado severo (FEV1=37.6%). Prueba limitada por disnea del paciente.
- TAC torácico: Masa paratraqueal derecha que infiltra tráquea obstruyendo de forma marcada la luz de la misma y que alcanza casi la altura de la bifurcación carinal. Dicha masa se asocia a la presencia de otra imagen nodular hipodensa, bien delimitada, localizada en el hilio derecho que se encuentra entre la rama superior e inferior de la arteria pulmonar derecha. Pequeñas formaciones nodulares subcentimétricas precarinales y subcarinales fundamentalmente.

Con toda esta información, ¿ante qué patología cree que estamos?

Nuestro paciente fue diagnosticado de un tumor escamocelular traqueal. Se realizó resección de la lesión con láser y posteriormente recibió tratamiento quimio y radioterápico. Hace menos de un año del diagnóstico y actualmente el TAC y la fibrobroncoscopia no muestran lesiones de progresión de la enfermedad. A día de hoy el paciente se encuentra asintomático.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de la tráquea son un infrecuente pero interesante grupo de neoplasias que pueden ser malignas o benignas; por sus implicaciones funcionales que ponen en riesgo la vida del paciente, requieren un manejo adecuado y oportuno para lograr los mejores resultados. Su tratamiento es principalmente quirúrgico y se requiere una estricta evaluación preoperatoria e intraoperatoria para planearlo, siendo el manejo interdisciplinario absolutamente necesario en la mayoría de los casos.

Muy pocos grupos tienen amplia experiencia en estos tumores, el grupo de Grillo y Mathisen en el Massachussets General Hospital tiene la serie más grande de tumores de tráquea.

TIPOS DE TUMORES DE TRÁQUEA

Maligos:

1. Carcinoma escamocelular.
2. Carcinoma adenoide quístico (cilindroma).
3. Carcinoide.

Benigos:

1. Epiteliales (verdaderos adenomas benignos):
 - *Superficie epitelial:* Papilomas escamosos, de células transicionales y adenomas papilares.
 - *Glándulas traquebronquiales:* Adenoma mucoso, cistadenoma, adenoma pleomórfico y adenoma oxifílico.
2. Condroma.

3. Leiomioma.
4. Malformación vascular.
5. Fibroma.
6. Otros.

CLÍNICA

La presentación clínica de los pacientes con tumores traqueales es variable. En la mayoría de las series la disnea es la complicación más frecuente, pero el catarro, la hemoptisis, el asma (gran número de pacientes son tratados como un debut de asma en el adulto) y el estridor pueden, también, ser síntomas iniciales. Mucho menos frecuente es la presencia de síntomas relacionados con la afectación de estructuras adyacentes como disfagia, disfonía o ronquera.

DIAGNÓSTICO

Una vez aparecen los primeros síntomas el primer estudio suele ser una Radiografía de tórax. En ella los campos pulmonares suelen ser normales, por lo que raras veces (menos de la mitad de los casos) se diagnostica un tumor traqueal por la radiografía de tórax. Sin embargo, existen algunas pistas que pueden ayudar a la sospecha de este diagnóstico:

- Estrechamiento traqueal.
- Atelectasia post-obstrucción.
- Neumonía.
- Calcificaciones anormales.

Actualmente el TAC es la técnica de imagen de elección. Dentro de ellos el helicoidal es mejor y la reconstrucción en tres dimensiones puede ser de gran ayuda.

La RM no se utiliza demasiado, si embargo, últimamente se ha empleado para evaluar mejor la extensión en tejidos, invasión mediastínica y anatomía vascular.

La Broncoscopia es una herramienta diagnóstica muy útil. Permite identificar la presencia de obstrucción, biopsia para el diagnóstico y en caso de lesiones pequeñas o benignas permite su resección con láser.

EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente el 80% de los tumores traqueales son malignos y una gran parte de ellos son carcinomas adenoides quísticos o escamocelulares. Hay estudios contradictorios respecto a cual de ellos es el más frecuente. En las tres series más importantes de casos de tratamiento quirúrgico de tumores traqueales el carcinoma adenoide quístico es el más frecuente; sin embargo, si incluimos los tumores no quirúrgicos, la mayor incidencia corresponde a los carcinomas escamocelulares.

Debido a la rareza de estos tumores y a los diferentes tipos y comportamientos biológicos existen sólo dos grandes series de casos. Los

resultados a largo plazo en el tratamiento de este tipo de tumores son desalentadores. El primer estudio realizado por Perelman y colaboradores² se realizó en Canadá en 1984. En 1990 Grillo y Mathisen¹ realizaron en el Massachusetts General Hospital una serie que recogía 198 pacientes durante 26 años y posteriormente se presentó una revisión retrospectiva en Francia de 208 pacientes durante 30 años.

Carcinoma Adenoide Quístico

Este tipo de tumor se ha llamado formalmente Cilindroma. Se presenta de la misma forma tanto en hombres como en mujeres y no parece tener relación con el tabaco. El promedio de edad es alrededor de los 50 años, pero también se ha visto en edades entre 30 y 70 años. Aproximadamente la mitad de los cilindromas aparecen en la tráquea proximal.

Una característica importante de este tumor es su capacidad de extensión submucosa y perineural por grandes extensiones y suele no ser visible macroscópicamente. También se ha observado la diseminación hematológica y en estos casos el 50% de las metástasis eran pulmonares. A pesar de que puede metastatizar en ganglios linfáticos adyacentes a la tráquea, es menos frecuente que en el carcinoma escamocelular.

Carcinoma Escamocelular

El Carcinoma Escamocelular presenta un pico de incidencia a los 50 años, con una edad media de 60 años. Es más frecuente en varones, la mayoría con historia de tabaquismo. Es frecuente la asociación de otro tumor primario en el tracto respiratorio o digestivo. Se suele presentar como una lesión exofítica circunscrita o como una lesión diseminada en la tráquea. También se recogen lesiones ulcerativas y metástasis para-traqueales, así como invasión de estructuras mediastínicas.

TRATAMIENTO

Actualmente el tratamiento adecuado de aquellas lesiones primarias de la vía aérea que se consideren resecables es la resección quirúrgica y reconstrucción. Se recomienda un minucioso estudio preoperatorio para identificar el nivel exacto y la profundidad y extensión de la lesión. Esto se consigue mediante técnicas de imagen y frecuentes evaluaciones preoperatorias con broncoscopio.

Con respecto a la radioterapia, Grillo y colaboradores¹ consideran prudente su aplicación post-operatoria, incluso cuando los márgenes y nódulos linfáticos son negativos tanto en el carcinoma adenoide quístico como en el escamocelular. Suele iniciarse un mes después de la cirugía y ambos tumores son sensibles a la radiación, siendo el carcinoma adenoide quístico un poco más sensible. La radioterapia como único tratamiento sólo se reserva para aquellos tumores no resecables.

La quimioterapia no juega un papel importante en el tratamiento de los tumores traqueales. El carcinoma adenoide quístico que general-

mente es de crecimiento lento, no presenta buena respuesta a la quimioterapia. En diversos estudios en los que se ha empleado quimioterapia para carcinomas adenoides quísticos de otras localizaciones como cabeza y cuello, se ha demostrado que la respuesta es impredecible, por lo que hasta el momento no existen datos de que la quimioterapia pueda ser beneficiosa.

La resección con fibrobroncoscopio son técnicas atractivas ya que su abordaje es menos invasivo. El éxito del tratamiento de los tumores traqueales con láser radica en la restauración de la vía aérea, pero no nos confirma la resección completa de los márgenes, pudiendo dejar tumor. Por lo tanto el tratamiento endoscópico

suele ser paliativo o temporal. Los estudios publicados⁽¹⁻³⁾ sobre resección con láser todavía no responden a la pregunta de la evolución a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grillo HC, Mathisen DJ: Primary tumors: Treatment and results. *Ann Thorac Surg.* 1990; 49:69-77.
2. Perelman MI, Koroleva N, Birjukov J et al. Primary tracheal tumors. *Sem Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 8:400-402.
3. Okada S, Yamauchi K, Ishimori S et al. Endoscopic surgery with a flexible bronchoscope and argon plasma coagulation for tracheobronchial tumors. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001; 121: 180-182.