

Lesiones traqueales focales. A propósito de un caso

M. Arraiza¹, M. P. Garrastachu², M. D. Lozano³, B. Alcaide⁴

¹Servicio de Radiodiagnóstico. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

²Servicio de Medicina Nuclear. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

³Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

⁴Departamento de Neumología. Clínica Universitaria. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra.

Correspondencia:

María Arraiza Sarasa
Servicio de Radiodiagnóstico
Clínica Universitaria de Navarra
Avda Pío XII nº 36
31008 Pamplona
España
Tfno: 948255400
Fax: 948296500
(marraizasa@unav.es)

Resumen

Presentamos un caso de carcinoma adenoide quístico de tráquea demostrado mediante TC multidetector de 64 coronas, PET-TC, y correlación anatomopatológica, en un paciente con hemoptisis. En este artículo revisamos el diagnóstico diferencial de las lesiones traqueales únicas focales mediante tomografía computarizada (TC). Las técnicas de imagen permitieron el diagnóstico e infravaloraron la invasión de la pared traqueal en este caso, confirmada con posterioridad mediante el estudio histológico.

Palabras clave: TC, PAAF, carcinoma adenoide quístico, lesiones traqueales focales

Historia clínica

Se presenta el caso de un paciente varón de 75 años de edad, sin antecedentes personales médicos ni quirúrgicos relevantes, que acude a nuestro centro por tos y expectoración hemoptoica franca desde hace varias semanas (3-4 esputos/día). Refiere disnea de moderados esfuerzos como sintomatología adicional. No presenta fiebre, pérdida de peso, astenia ni dolor torácico. La exploración física y la analítica no muestran alteración alguna a excepción de una anemia microcítica. El paciente acude con tratamiento antibiótico pautado y un antitusígeno.

Hallazgos

Se realiza un TC torácico sin y con contraste intravenoso observándose dos imágenes endotraqueales. La primera de ellas está localizada a nivel de troncos supraaórticos. Se trata de una formación de muy pequeño tamaño adherida a pared de la tráquea. Se instruye al paciente para que expectore y se realizan cortes adicionales de TC a ese nivel. En las imágenes obtenidas después se comprueba que dicha formación cambia

Summary

We present a case of adenoid cystic tracheal carcinoma detected by computerized tomography (64-MDCT) with cyto-histological correlation in a patient with hemoptysis. In this article we review the differential diagnosis of solitary focal tracheal lesions as they appear in computerized tomography (CT). In this case, image methods suggested the diagnosis but underestimated the tracheal wall invasion, which was established by histological examination of the resected tumor.

Key words: CT, FNA, adenoid cystic carcinoma, focal tracheal lesions.

de localización. Se trata por lo tanto de material mucinoso y no de una verdadera lesión.

La segunda se localiza a nivel supracarinal (Fig. 1a). Se trata de una lesión bien definida, de bordes lobulados, que contacta con pared traqueal lateral izquierda, de aspecto homogéneo y densidad de partes blandas (35 UH). Tras la administración de contraste intravenoso se observa una captación homogénea (67 UH), lo que demuestra que está vascularizada (Fig. 1b). El tumor ocluye el 80% de la luz traqueal. Desde el punto de vista radiológico contacta con pared traqueal aunque sin evidenciarse hallazgos de infiltración o invasión de la misma. En el resto del estudio de TC no se observaban otros hallazgos anormales en el tórax.

En la broncoscopia convencional se confirmó una lesión en tercio distal de tráquea a 1 cm de carina principal de morfología pediculada. Se describe como una lesión de superficie lisa y polilobulada, hallazgos coincidentes con los de la broncoscopia virtual (Fig. 2). Se realizó punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por broncoscopio. El diagnóstico citológico fue concluyente con un tumor tipo glándula salival del tipo carcinoma adenoide quístico (Fig. 3). Con este diagnóstico, se realizó una estadificación oncológica mediante PET-TC no observándose captación patológica alguna (Fig. 4).

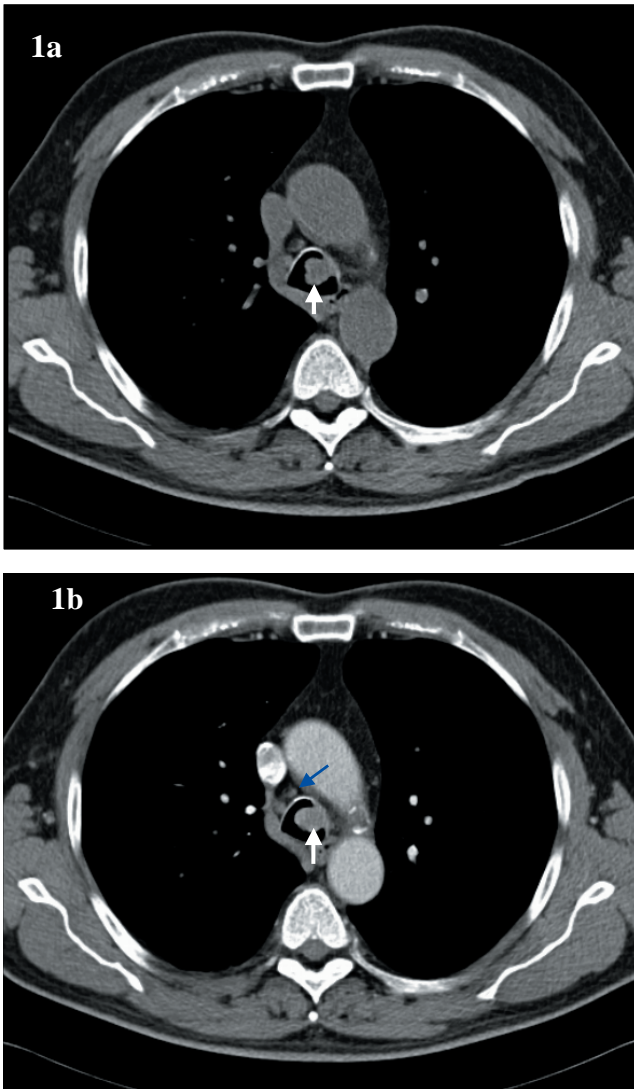


Figura 1. Imágenes obtenidas mediante TC multicorte sin (a) y con contraste (b). En el corte axial de TC sin contraste a nivel supracarinal se observa una lesión endotraqueal lobulada (flecha en a), exofítica, de bordes bien definidos, adherida a pared traqueal, isodensa con las partes blandas. Tras la inyección de contraste endovenoso la lesión endotraqueal capta contraste (flecha blanca en b). Se identifican ganglios paratraqueales derechos de tamaño no significativo (flecha azul en b).

Se decide intervenir quirúrgicamente al paciente con resección de la totalidad del tumor traqueal (Fig. 5) y reconstrucción de la vía aérea. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico citológico de carcinoma adenoide quístico traqueal. La tumoración estaba vascularizada, crecía en forma polipoide, e infiltraba también la pared de la tráquea, sobrepasando los límites del cartílago traqueal y afectando al borde de resección quirúrgico de la pared traqueal.

Diagnóstico

Carcinoma adenoide quístico traqueal.

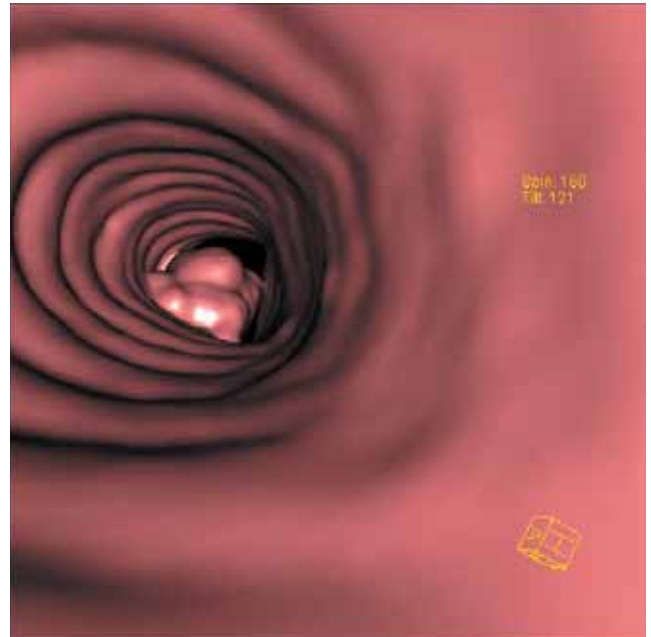


Figura 2. Broncoscopia por navegación virtual mediante TC multicorte de 64 coronas. Se observa como la lesión tumoral polipoide obstruye la luz traqueal.

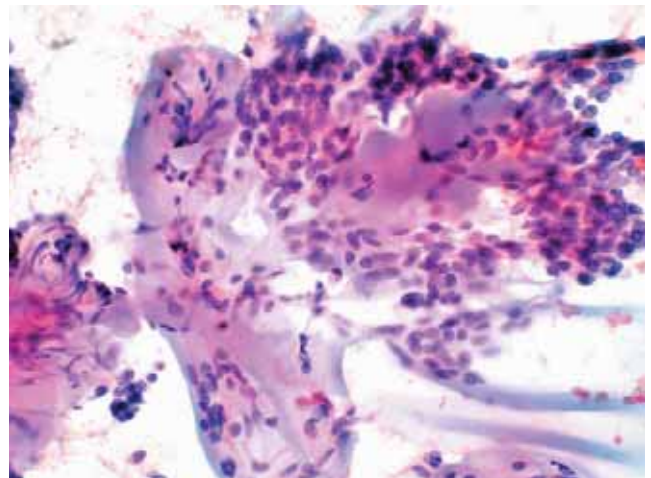


Figura 3. Imagen citológica del carcinoma adenoide quístico.

Discusión

Los tumores traqueales son muy poco frecuentes en comparación con el total de lesiones tumorales del aparato respiratorio. Su incidencia es del 0,075% aproximadamente. La mayoría, el 90% de tumores traqueales, son malignos¹.

Los pacientes con tumores traqueales pueden presentar tos, disnea, estridor, sibilancias y hemoptisis, síntoma principal y exclusivo en este caso.

Las neoplasias traqueales benignas constituyen un hallazgo muy infrecuente dentro de las alteraciones observadas en los estudios de TC². Entre este tipo de lesiones se incluyen

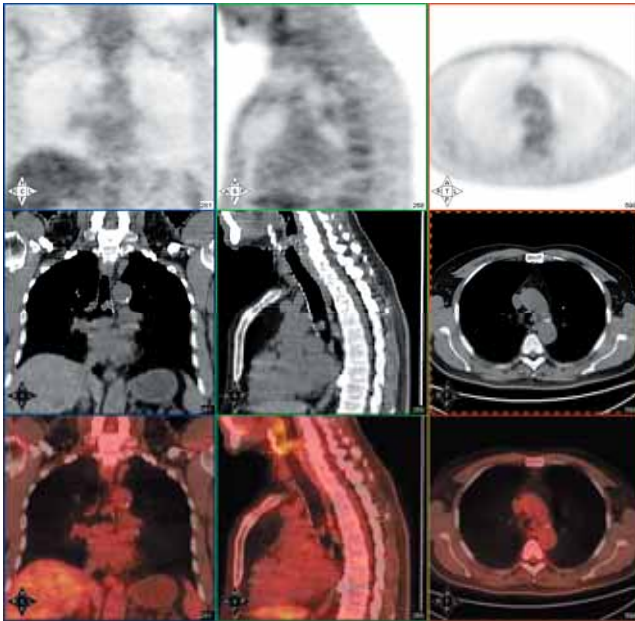


Figura 4. La imagen PET no muestra un incremento de la actividad metabólica de características patológicas en la región traqueal inferior correspondiente con la lesión observada en el TC.

la papilomatosis (múltiples lesiones endotraqueales), los condromas (presentan habitualmente calcificaciones granuladas), los hamartomas (característicamente poseen densidad grasa, y su detección en TC es un signo útil para el diagnóstico diferencial), los fibromas y los mioblastomas. Como se ha descrito anteriormente, el material mucinoso adherido a la pared de la traquea puede simular lesiones traqueales en los estudios de TC. Las burbujas de aire en su interior y el cambio de posición de la formación adherida a la pared traqueal tras la expectoración del paciente son los hallazgos clave para su identificación.

El carcinoma escamoso y el carcinoma adenoide quístico constituyen el 75% de los tumores traqueales malignos³.

El carcinoma escamoso es más frecuente en varones de entre 60-70 años, se relaciona con el hábito tabáquico y su comportamiento es más agresivo. Se manifiesta más tempranamente que otros tipos de tumores traqueales. Suele ulcerarse, y metastatizar a nivel ganglionar y por invasión directa a órganos vecinos.

El carcinoma adenoide quístico se manifiesta entre los 40-50 años, sin preferencia sexual. No parece estar asociado al tabaco y su crecimiento es exófitico. Suele extenderse a nivel submucoso y perineural. En nuestro caso no evidenciamos infiltración de pared traqueal mediante TC y fue el análisis histológico el que definitivamente confirmó la existencia de ésta.

El comportamiento del carcinoma adenoide quístico habitualmente es lento e insidioso y metastatiza a ganglios linfáticos en un 10% exclusivamente.

Las metástasis a la traquea son mucho menos frecuentes que las neoplasias malignas primarias⁴. Proceden con más frecuencia de tumores primarios de pulmón, laringe, tiroides y esófago así como de mama, melanoma y carcinoma de células renales.

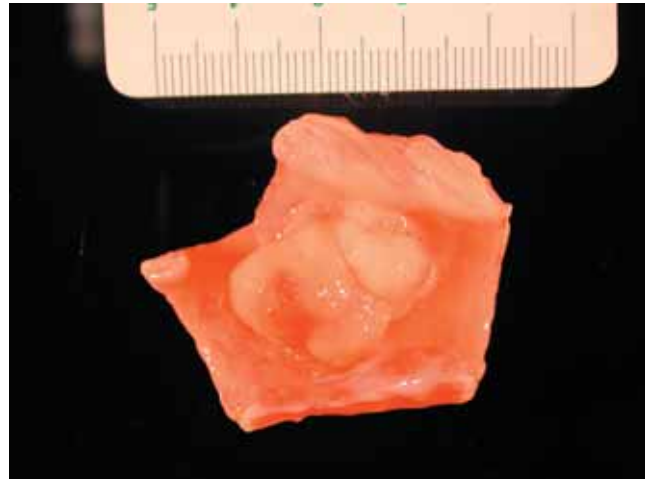


Figura 5a y 5b. Imágenes macroscópicas de la tumoración que protruye en la luz de la tráquea.

A pesar de existir hallazgos desde el punto de vista radiológico que nos orientan hacia el diagnóstico de un tipo de lesión traqueal u otra, es necesario un diagnóstico morfológico. La accesibilidad de estas lesiones para la realización de PAAF con control broncoscópico facilita el diagnóstico preoperatorio. El análisis histológico confirmará en última instancia el diagnóstico citológico y añadirá datos de profundidad y tipo de infiltración de la pared traqueal.

Bibliografía

1. Kwong JS, Muller NL, Miller RR. Diseases of the trachea and main-stem bronchi: correlation of CT with pathologic findings. *Radiographics*. 1992;12:645-57.
2. Lee KS, Yoon JH, Kim TK, Chung MP, Kwon OJ. Evaluation of tracheobronchial disease with helical CT with multiplanar and three-dimensional reconstruction: correlation with bronchoscopy. *Radiographics*. 1997;17:555-67.
3. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;169:1278-97.
4. Compeau CG, Keshavjee S. Management of Tracheal Neoplasms. *Oncologist*. 1996;1:347-53.