



# DISNEA

G. Martínez Capoccioni, I. Minguez Beltran, C. Martín Martín,  
C. Aliste y T. Labella Caballero

Servicio Otorrinolaringología Complejo Hospitalario  
Universitario de Santiago de Compostela

# Caso clínico

- Varón de 50 años de edad.
- Motivo de consulta: Dolor en la región cervical, sobre todo al girar el cuello. Episodios de disnea al acostarse en decúbito lateral derecho, desde hace unos 4-6 meses.
- Antecedentes personales:
  - Médicos: HTA controlada y en tratamiento.
  - Quirúrgicos: No refiere.
  - Fumador: leve (4-5 cigarrillos al día).
  - Alcohol: 1 copa de vino a las comidas.
  - Profesión: Economista.

# Caso clínico

## Exploración O.R.L.:

- Otoscopia: Normal.
- Exploración nasal: Normal.
- Exploración aerodigestivas superiores:
  - Nasofibrolaringoscopia: Se evidencia una lesión de aspecto papilomatoso en tercio proximal de la tráquea.
- Exploración cervical: Normal.

# Caso Clínico

## ¿Qué hacer? Plan Diagnóstico

- **TC cérvico-torácico.**
- **RMN cérvico-torácica.**
- **Broncoscopia flexible.**
- **Broncoscopia rígida y Biopsia.**

# Caso Clínico: Diagnóstico

## TC cérvico-torácico

- Masa traqueal con pedículo en pared lateral izquierda, intraluminal, redondeada, de bordes lisos, de unos 2'5 cms.
- No adenopatías hiliares ni mediastínicas.
- Ausencia de enfermedad pleuropulmonar.



# Caso Clínico: Diagnóstico

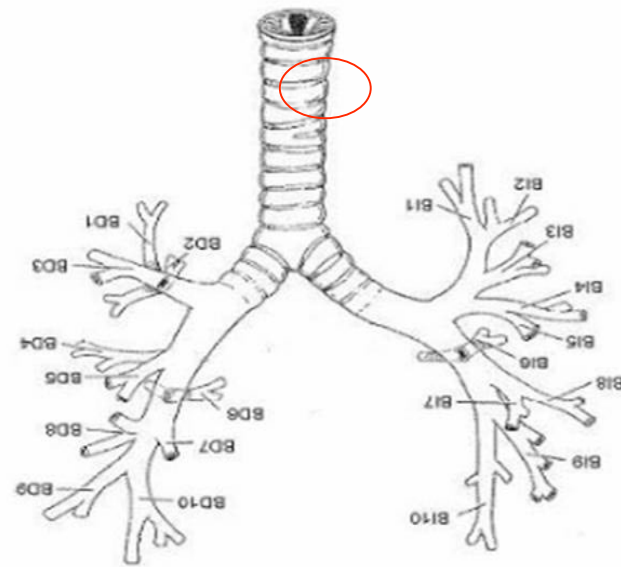
## Resonancia Magnética Nuclear



Masa sólida endotraqueal de aproximadamente 1,8x2,3 cm., localizada a la altura de C7-D1.

# Caso Clínico: Diagnóstico: Traqueoscopia Flexible

- Lesión mamelonada implantada en el lado izquierdo, a 2,5 cm de las cuerdas vocales, que ocluye el 90% de la luz traqueal, muy vascularizada y que acaba a 7,5 cm de la carina principal.



# Caso clínico: Diagnóstico

## Traqueoscopia Rígida y Biopsia

- Se visualiza tumor en tercio proximal de tráquea que se implanta en región anterolateral izquierda.
- Se realiza una biopsia para estudio anatomo-patológico intraoperatorio.
- Se intenta realizar resección de tumor con láser. Resulta imposible con márgenes de seguridad.

# Caso Clínico: Diagnóstico

- **Biopsia intraoperatoria del tumor traqueal:**
  - CARCINOMA ADENOIDE QUISTICO.
  - NO SE IDENTIFICA PRESENCIA DE EMBOLIZACION TUMORAL VASCULAR NI INFILTRACION PERINEURAL.
  - NO SE IDENTIFICA TEJIDO TRAQUEAL NO TUMORAL.

# Caso Clínico: Tratamiento

## Cirugía

Resección de traqueal con márgenes de seguridad y posterior anastomosis termino-terminal.

# Caso Clínico: Aspecto macroscópico

- Segmento traqueal de 2 cm.
- Lesión abollonada, pardusca, sobreelevada, elástica de 1,6 x 1,1 cm., con áreas hemorrágicas y necróticas.
- La lesión dista 0,5 y 0,3 cm. de los márgenes superior e inferior.
- El estudio de dos anillos traqueales extirpados por encima y debajo de la pieza indica que no están afectados.

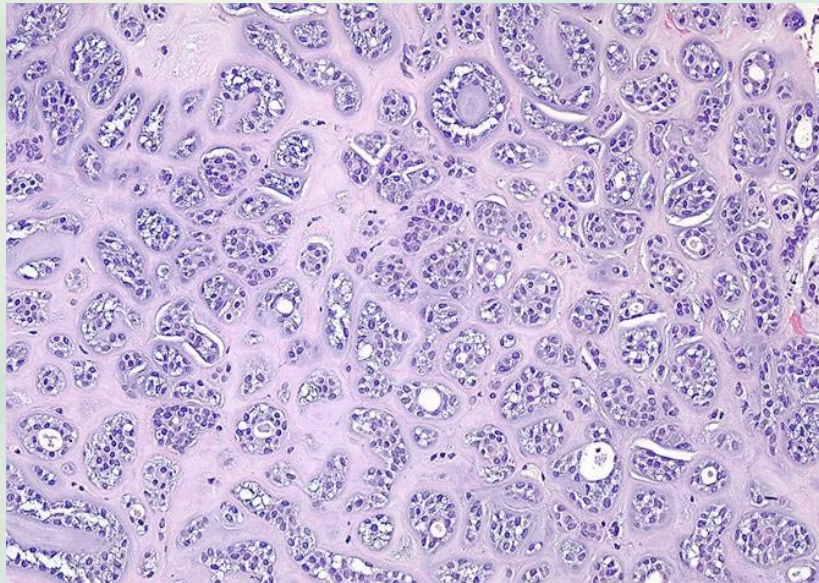


# Caso clínico: Diagnóstico definitivo

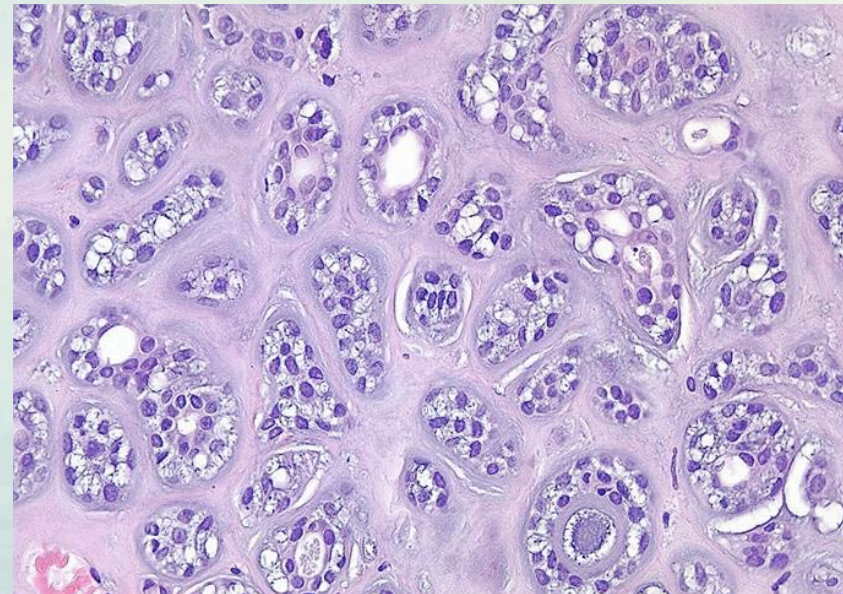
- CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO, patrón cribiforme.
- NO SE OBSERVA INVASIÓN VASCULAR NI PERINEURAL.
- MÁRGENES QUIRÚRGICOS SUPERIOR E INFERIOR Y MARGEN RADIAL LIBRES DE INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA.
- NO SE OBSERVA DISPLASIA EPITELIAL DEL EPITELIO ADYACENTE A LA LESIÓN.

# Caso Clínico: Aspecto microscópico

20x



40x



**Tinción con hematoxilina-eosina:**

- Patrón cribiforme que rodea las secreciones.
- Células tumorales poligonales rodeando el espacio quístico repleto de secreciones.
- Células con núcleo compacto y oscuro, citoplasma escaso.
- Material hialino en la membrana basal

# Caso Clínico: Evolución

- Postoperatorio sin complicaciones.
- Paciente libre de enfermedad un año después del tratamiento.

# Caso Clínico: Comentarios

- El Carcinoma adenoide quístico fue descrito por primera vez en 1853 y 1854 por Robin, Lorain y Loubene<sup>1</sup>.
- Neoplasia biológicamente agresiva y destructiva <sup>1</sup> y <sup>2</sup>.
- Representa el 1% de los tumores de cabeza y cuello, y el 10% de los tumores de glándulas salivales. Es el más frecuente de los que afectan a las glándulas salivales menores (60%) <sup>1</sup>.
- Tiene su origen en las glándulas de secreción mucosa <sup>2</sup>.

---

1-. Bradley PJ. Adenoid cystic carcinoma of the head and neck: a review. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2004 Apr;12(2):127-32.

2-. Sur RK, *et al.* Adenoid cystic carcinoma of the salivary glands: a review of 10 years. Laryngoscope. 1997 Sep;107(9):1276-80.

# Caso clínico: Comentarios

- Crecimiento lento y progresivo.
- Tendencia a invasión y diseminación perineural, recidiva local y metástasis a distancia (pulmón) <sup>1-3</sup>.
- Tipos Histopatológicos<sup>1</sup>:
  - Grado I: Cribiforme (mejor pronóstico pero mayor posibilidad de recidiva local).
  - Grado II: Cribiforme y menos del 30 % sólido.
  - Grado III: Sólido (peor pronóstico y más metástasis).

---

3-.G. Sequeiros Santiago, *et al.* Factores pronósticos en el carcinoma adenoide quístico de glándulas salivares. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2005; 56: 361-367.

# Caso Clínico: Comentarios

- Factores pronósticos <sup>1-3</sup> :
  - Estadio tumoral.
  - Tipo histológico.
  - Márgenes quirúrgicos.
  - Invasión perineural.
- Tasas de supervivencia <sup>1-3</sup> :
  - A los 5 años altamente optimistas (80%).
  - A los 10 años desalentadoramente bajas (<40%).

# Caso Clínico: Comentarios

## Carcinoma adenoide quístico traqueal <sup>4-6</sup>:

- Incidencia de 0,2 por 100.000 habitantes.
- Es el segundo tumor más frecuente de la tráquea. (Japón es el más frecuente 40-50%).
- Afecta a ambos sexos por igual.
- Sintomatología vaga, generalmente confundida con enfermedad broncopulmonar.
- Extensión por invasión directa, perineural, ó metástasis hematológica.

---

4-. Azar T, *et al.* Adenoid cystic carcinoma of the trachea. *Laryngoscope*. 1998 Sep;108(9):1297-300.

5-. Regnard JF, *et al.* Results and prognostic factors in resections of primary tracheal tumors: a multicenter retrospective study. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1996 Apr;111(4):808-13; discussion 813-4.

6-. Le Péchoux C, Thoracic adenoid cystic carcinomas. *Cancer Radiother*. 2005 Nov;9(6-7):358-61. Epub 2005 Sep 15.

# Caso clínico: Comentarios

- Infrecuente la afectación linfática.
- Metástasis:
  - Pulmonares.
  - Hueso y otros.
- Tratamiento <sup>6 y 7</sup>:
  - Cirugía.
  - RT.
- Supervivencia <sup>6 y 7</sup> :
  - 5 años 66-100%.
  - 10 años 51-62%.

7-. Gaissert HA,. Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina. Ann Thorac Surg. 2004 Dec;78(6):1889-96; discussion 1896.