



V-41 - TUMOR TRAQUEAL, UNA CUESTIÓN DE DISTANCIA

Maroto Molina, S.; Bolufer Nadal, S.; Gálvez Muñoz, C.; Del Campo Miren, J.; Cerezal, J.; Sesma, J.; Lirio, F.; Mafé, J.; Sebastián, L.; García-Valentín, A.

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Introducción: Los tumores traqueales constituyen una entidad poco frecuente (1% del total de tumores malignos). El más frecuente es el carcinoma de células escamosas (75%), seguido del carcinoma adenoide quístico 10-15%, mucoepidermoide 5% y de los tumores carcinoides (más frecuentes en vía aérea distal). No suelen presentar clínica hasta que su tamaño ocluye al menos el 50% de la luz, siendo la hemoptisis uno de los más frecuentes, especialmente en el carcinoma de células escamosas.

Descripción del caso: Varón de 75 años hipertenso, diabético tipo 2, exfumador con un IPA de 80. Intervenido de carcinoma escamoso supraglótico el 16/3/2017 mediante microcirugía láser. Consulta en diciembre de 2020 por un episodio de hemoptisis auto-limitada. Se realiza una broncoscopia que objetiva una gran masa mamelonada de 3-4 centímetros localizada en tercio medio-inferior de la tráquea ocluyendo un 50% de la luz. La biopsia es diagnóstica de “carcinoma escamoso infiltrante”. El estudio de extensión con TAC y PET-TAC informa de: “masa hipermetabólica (SUV 14,05) en tercio medio- inferior de la tráquea a nivel antero lateral derecho de 14 × 16 × 39 mm. No otras captaciones patológicas de interés.” Tras valoración en Comité Multidisciplinar se realiza una cirugía en tres tiempos: 1º cervicotomía. Maniobra de descenso laríngeo tipo Dedo-Fishman más liberación del eje laringo-traqueal más canulación de la vena yugular interna y femoral para ECMO veno-venoso. 2º VATS izquierda. Liberación del ligamento pulmonar, apertura del pericardio en “U” desde arteria pulmonar en anterior hasta bronquio izquierdo en posterior más linfadenectomía hiliomediastínica. 3º. Toracotomía derecha con apertura del pericardio y comunicación con el mediastino contralateral. Resección traqueal con anastomosis termino-terminal, con obtención de márgenes intraoperatorios libres. El paciente es extubado a las 48h con cese de noradrenalina a las 72h. Presenta un SDRA tratado con antibioterapia intravenosa y fibrobroncoscopia seriadas de limpieza. Precisó dos reintubaciones y una cricotiroidotomía percutánea. Actualmente en planta de hospitalización con mejoría progresiva. Anatomía patológica: pieza de resección de 4,2 cm compatible con carcinoma escamoso bien diferenciado. Margen proximal a 2 mm. Ampliación de ambos márgenes (anillo proximal y distal) para malignidad. Linfadenectomía: 7 territorios ganglionares, 5 mediastínicos. Todos negativos para malignidad.

Discusión: En pacientes con tumores traqueales primarios, la resección quirúrgica, siempre que sea posible debido a la extensión (5 cm), constituyen la mejor opción terapéutica. Las maniobras de disminución de tensión en la anastomosis, como el descenso laríngeo + liberación de ambos hilios + apertura del pericardio, constituyen la pieza fundamental para restar tensión a la sutura. La ECMO constituye un recurso en este tipo de cirugías ya que acorta el tiempo operatorio, aumenta la comodidad del cirujano y aporta una adecuada ventilación en casos que precisen intubación selectiva prolongada. La supervivencia a 5 años resulta según diferentes series en torno al 39% y 10% a los 5-10 años respectivamente. No obstante, una cirugía con

márgenes libres sigue siendo la mejor opción y el único tratamiento definitivo para este tipo de tumores.