



V-04 - CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO SUBGLÓTICO. CIRUGÍA DE RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS TRAQUEAL TÉRMINO-TERMINAL

Sara Monge, María Eugenia Solís, Marco Mauricio Matute, José Luis López Villalobos, Francisco García y Ana Isabel Blanco

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El carcinoma adenoide quístico de la vía aérea es un tumor maligno poco frecuente de tipo glándula salival. Tiene su origen en la submucosa y se compone de células redondas pequeñas con conformación cribiforme y células mayores que forman pseudoacinos. La invasión perineural y la extensión vascular más allá de los límites macroscópicos es frecuente, hecho que explica la alta tasa de márgenes quirúrgicos positivos. Tiene carácter invasivo local insidioso y las metástasis a distancia son poco frecuentes. El tratamiento constituye la resección quirúrgica, incluyendo los tumores metastásicos como cirugía paliativa. La longitud excesiva de la resección para realizar una anastomosis sin tensión y la invasión de órganos mediastínicos no resecables condicionan la resecabilidad. La radioterapia adyuvante tiene un papel importante en los márgenes microscópicos positivos.

Caso clínico: Paciente varón de 63 años, estudiado por Neumología por expectoración hemoptoica y disfonía. Presenta un IPA de 80 paquetes/año y EPOC de bajo riesgo. Se realiza TAC cervical donde se objetiva una lesión subglótica de $2,3 \times 3,3$ cm que impronta en la pared traqueal, sin poder discernir si el origen primario es tiroideo o traqueal, hipercaptante en PET. En la fibrobroncoscopia se objetiva una lesión exofítica subglótica dependiente de la cara posterolateral derecha que condiciona una paresia de la cuerda vocal derecha (CVD) y una luz del 50%. Se realiza punción-biopsia con diagnóstico de carcinoma adenoide quístico. Ante hallazgos clínico-radiológicos, se decide intervención quirúrgica de resección y anastomosis laringotraqueal reglada. Bajo anestesia general y ventilación con mascarilla laríngea se inicia la intervención. Se diseña el tejido celular subcutáneo y el platisma para crear un colgajo subplatismal. Se identifica la línea media y se accede, rechazando la musculatura pretiroidea, a la fascia anterior traqueal. Se identifica el parénquima tiroideo y se secciona el istmo. Se localiza el extremo inferior de la lesión hasta el segundo anillo traqueal. A ese nivel, y comprobando la resecabilidad en la vertiente posterior, se diseña circunferencialmente la tráquea. Se secciona a ese nivel transversal y se inicia la ventilación intracampo. Se inicia disección en sentido craneal, subpericondral del anillo cricoideo hasta identificar el sello cricoideo. Se reseca la mucosa del sello y se incluye parte del sello en la vertiente posterolateral derecha, infiltrada por el tumor. Se secciona la membrana cricotiroidea y se fija el límite craneal de resección a 1-1,5 cm de cuerdas vocales. El lóbulo tiroideo derecho se encuentra infiltrado, por lo que se diseña y se incluye en la resección. Se inicia la anastomosis término-terminal: cara posterior con sutura continua reabsorbible monofilamento y la cara anterior con puntos sueltos de reabsorbible trenzado 4/0. Tras identificar tejido redundante glotosubglótico y parálisis de la CVD, se realiza traqueostomía dos cartílagos caudales a la anastomosis y se saca por incisión en piel bajo la cervicotomía.

Discusión: La cirugía es la línea principal de tratamiento de los tumores traqueales de estirpe adenoide quístico. El objetivo fundamental es la resección completa con reconstrucción primaria. La adyuvancia con radioterapia tiene un papel importante en las resecciones con márgenes quirúrgicos positivos y extensión transmural.