

CANCER PRIMITIVO DE LA TRAQUEA (*)

Prof. Agdo. Dr. Luis M. Bosch del Marco

Observación de la Clínica del Prof. Pedro Larghero Ybarz — Hospital Pasteur

Observación clínica K. Z. 25 años. Registro del Archivo Clínico del Servicio del Profesor Larghero Ibarz. N° 6849.

Ingresa el 10 de agosto de 1949. Es enviado al Servicio con diagnóstico de obstrucción traqueal.

Enfermedad actual: inicia su enfermedad hace 10 meses con disnea, principalmente de esfuerzo, que le sobreviene a raíz de un estado gripal. Se acompaña de ruidos bronquiales y esputos hemoptoicos. Es interpretado como siendo portador de una afección cardíaca y tratado como tal a base de digitalina. La mejoría es precaria, persiste con su disnea durante los ocho meses subsiguientes para presentar nuevo episodio similar con carácter paroxístico. Reiteración de este síndrome funcional; la última crisis hace quince días acompañada de cianosis y asfixia. Hace ocho días presentó idénticos trastornos con hemoptisis ya más franca.

En suma: síndrome de obstrucción respiratoria alta, con diez meses de evolución, con dos episodios últimos de disnea paroxística, cianosis, asfixia y hemoptisis.

Examen físico: lúcido. Polipneico. Palidez con ligera cianosi peribucal.

Tórax: a la inspección cornaje inspiratorio, tiraje marcado, principalmente en fosa supra esternal y regiones supra claviculares.

A la palpación: frémito en ambos tiempos de la respiración, pero dominando en el inspiratorio en forma difusa.

A la auscultación: se percibe una respiración traqueal de tono especial, semejando a un roncus transmitido a todo el tórax.

Aparato cardio vascular: pulso regular isócrono, hipotenso, de 120 por minuto. Presión arterial de 16. Tonos cardíacos con caracteres normales. El resto del examen general sin otras particularidades.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 27 de junio de 1951.

Del examen clínico se deduce estar frente a un síndrome de obstrucción canalicular respiratoria alta por obstáculo situado probablemente encima de la bifurcación traqueal, dada la repercusión igual en ambos hemitórax.

Broncoscopia: Agosto 8 de 1949. Luego de tentativas infructuosas para verificar este examen por la hemorragia que al provocarse impedía la buena observación, se logra un informe del Dr. Dighiero que dice así:

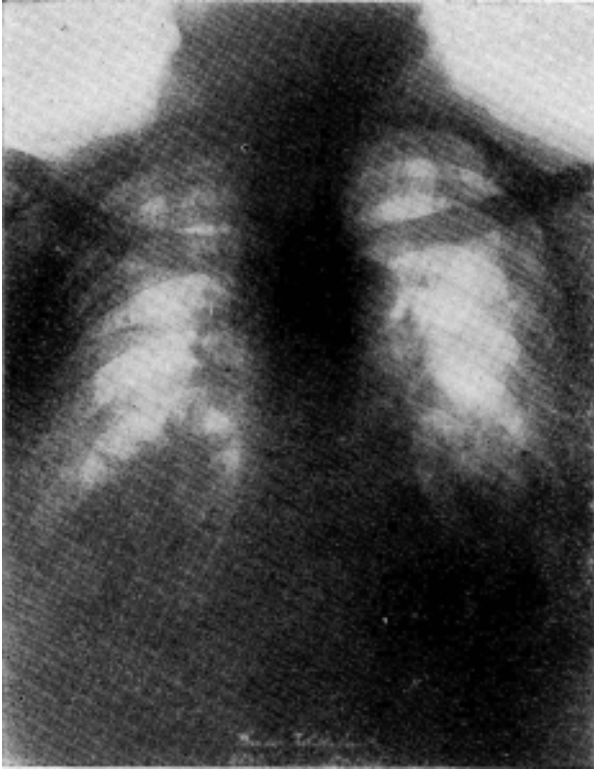


FIG. 6. — Tórax. — Nódulos densos en ambos ápices más marcados a derecha. Trazos que unen dichas imágenes a los fleos. Proceso congestivo de base pulmonar derecha.

Adenoma de tráquea que transforma la luz de la misma en una hendidura. Está asentado a nivel de la pared derecha a 23 cms. de la arcada dentaria y a unos 4 ó 5 cms. del espolón traqueal.

Rayos X. — Informe de los Dres. Zerboni y Gorlero.

En el estudio radiológico realizado se comprueba las siguientes particularidades:

- 1) En la radiografía de tórax, tomada en posición ántero posterior, se observan nódulos densos, en ambos ápices, más marcado del lado derecho. Existen trazos lineales, que unen dichas imágenes nodulares a los fleos.

- 2) En el estudio contrastado de mediastino llama la atención una discreta dilatación del esófago con detención del bario en la porción supraaórtica. Además de esta dilatación, existe una pequeña elongación, formando una pequeña curva. En estos mismos negativos, se observa que la tráquea está con su luz ensanchada, observándose nítidamente una estenosis en la luz a unos centímetros por encima de la bifurcación. Llama la atención que a ese nivel exista una compresión extrínseca del esófago.



FIG. 2. — Radiografía contrastada. Discreta dilatación del esófago con detención del bario en porción supraaórtica.

El aspecto radiológico hace pensar en una tumoración de la pared de la tráquea, que al mismo tiempo provoca compresión esofágica.

Otros exámenes:

Sangre: Glóbulos rojos: 44900.000
Hemoglobina: 94 %
Valor globular: 0.95
Proteínas: 6 grs. 63 %
Hematocrito: 42 %
Tiempo de protrombina: 19''
Técnica de Quick:
Orina: Sin elementos anormales.
Cloruros: 4 grs. 21.

Densidad: 1.012

Sedimento: escasas células planas, leucocitos.

Examen de expectoración:

Al examen directo no se observan bacilos ácido resistentes.

Presencia de monilias.

Estudio electro-cardiográfico:

Sin particularidades.

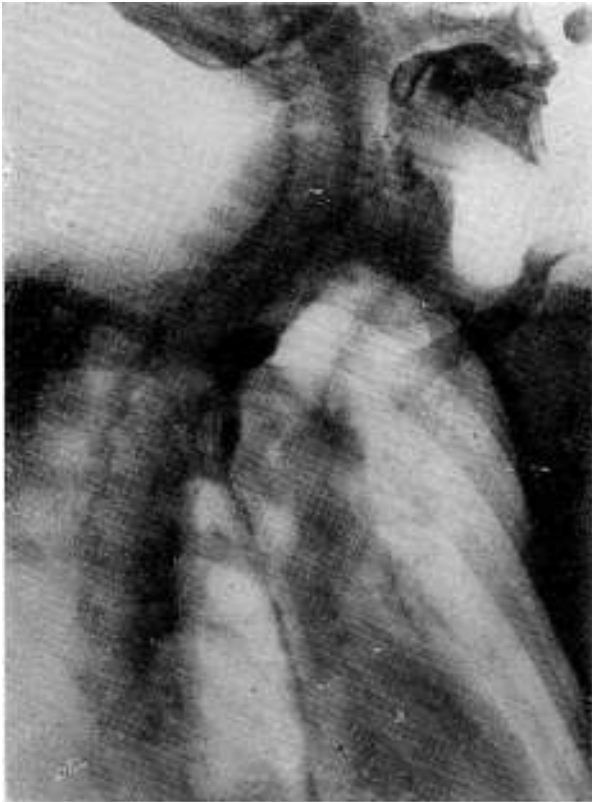


FIG. 3. — Perfil.— Dilatación del esófago. Elongación de la misma luz traqueal dilatada, observándose por encima de la bifurcación una estenosis del órgano. A ese nivel existe una compresión extrínseca del esófago.

Evolución clínica:

Habiendo ingresado el día 10 de agosto, presenta al siguiente nueva crisis de disnea paroxística con sensación de angustia, ruido traqueal y tos pertinaz. El 15 de agosto se le somete a nueva broncoscopia con el fin de introducir un tubo que canalizara el conducto traqueal. La tumoración traqueal sangra fácilmente. Se efectúa aspiración de secreciones que son abundantes. Parece no comprobarse una estenosis tan marcada como en exámenes anteriores. No se mantiene la intubación. Posteriormente el enfermo prosigue inquieto, excitado y febril, desmejora su

estado general: abundante sudoración, disfonía y ronquera. Auscultatoriamente estertores subcrepitantes gruesos y secos en la mitad inferior de ambos campos pulmonares con submacidez en las mismas zonas.

18 de agosto: mal estado general, empeora, la disnea y la cianosis se intensifican. No se alimenta ni ingiere líquido alguno.

19 de agosto: enfermo febril, fiebre a ganchos. Disnea marcada, sudoración profusa. Pulso de 120 por minuto, regular, hipertenso. 44 res-



FIG. 4. — Estenosis traqueal por encima de la bifurcación.

piraciones. En la tarde del mismo día empeora aún más, exacerbándose los trastornos funcionales aludidos.

Diagnóstico: con el diagnóstico de estenosis traqueal por tumoración maligna que comprime, infiltrando la pared de la tráquea, se procede a una toracotomía exploratoria en el afán de intentar algo por el paciente, en el que los intentos de intubaciones habían sido infructuosos.

OPERACION:

19 de agosto de 1949. Anestesia general. Transfusión de sangre 1 litro. Profesor Larghero Ibarz. Incisión de toracotomía anterior a la altura

del tercer espacio intercostal izquierdo con sección de los cartilagos de 2ª y 3ª costillas. La exploración demuestra que existe una tumefacción del tamaño de unos 5 cms. de diámetro, que forma cuerpo con la tráquea, situada por detrás del plano de la cava superior, sin adherir a ésta. El esófago está comprimido pero no adhiere y se le separa con facilidad. Por fuera del esófago, se fija al plano pre-vertebral del que se cliva con maniobras digitales; queda tejido neoplásico adherente a las estructuras que le forman cápsula. Al pretender aislarlo de la tráquea, ésta se abre y una lobulación del tumor del tamaño de una almendra hace saliente en la luz del órgano. La brecha traqueal es del tamaño de 3 cms. de

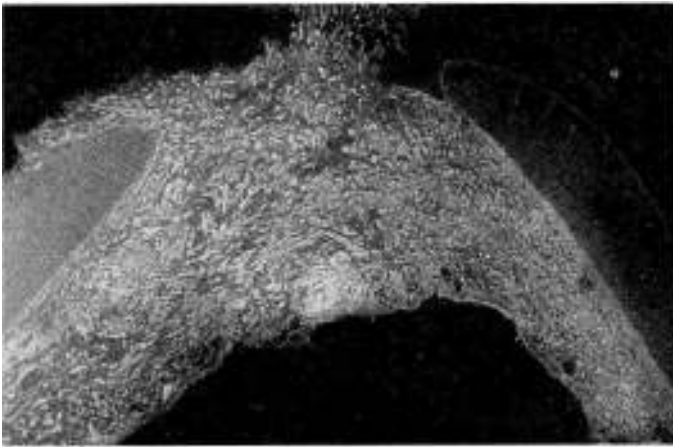


FIG. 5. — Microfotografía. — Tumor maligno epitelial adenocarcinomatoso que infiltra en profundidad la pared traqueal, envolviendo por sus dos caras al cartílago que es respetado.

longitud. Pese a intubar, se produce la muerte por imposibilidad de continuar la respiración conducida.

Dice el anestesista: hasta la intubación anestesia inquietante dada la limitadísima capacidad vital del paciente, permanentemente cianótico. Luego normalización de la anestesia hasta que a los 35' de comenzada la operación se rompió la tráquea a nivel del tumor, luego de lo cual no fué posible mantenerle la oxigenación basal, pese a que se intubó el bronquio izquierdo. Las condiciones extremadamente precarias del enfermo se agudizaron con esto; en hipoxemia crónica obstructiva a lo que se agrega una verdadera inundación bronquial, motivaron el fallecimiento momentos después, a pesar de la intensa terapéutica de reanimación instaurada.

Estudio histológico: de la pieza operatoria (post-mortem) tumor

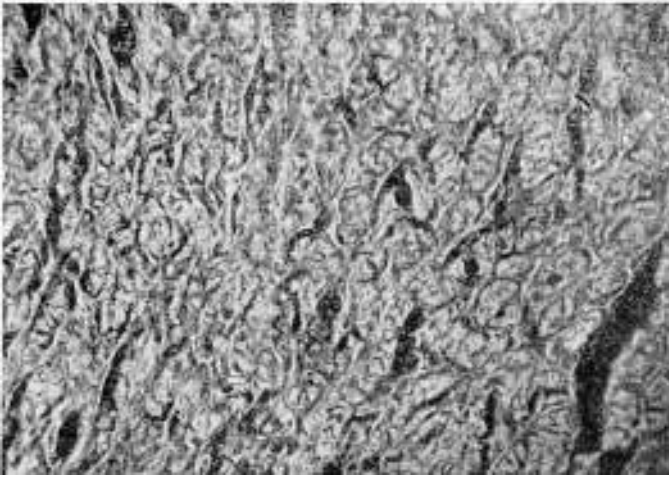


FIG. 6. — Mayor aumento. Adenocarcinoma.

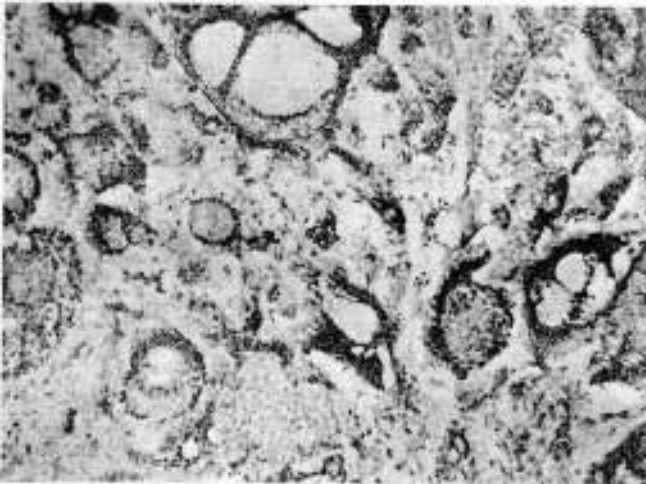


FIG. 7. — Tumor de tráquea (ganglio)

maligno epitelial, de tipo adenocarcinomatoso que infiltra en profundidad la pared traqueal, envolviendo por sus dos caras al cartilago que es respetado. Algunas zonas con aspecto secretante mucoso. Dr. Pradines.

CONSIDERACIONES:

El cáncer primitivo de la tráquea es de singular rareza. De acuerdo a las cifras que se recogen en distintas publicaciones extranjeras se puede reconocer:

que en el Instituto de Patología de Basle, D'Aunoy y Zoeller señalan una observación en un total de mil setenta y ocho cánceres con otra localización (1931).

En el Hospital de Caridad de Nueva Orleans, en un período de 23 años (1906-1929), sólo un caso se ha observado.

En 47.000 autopsias, Culp (1938) halló únicamente dos casos. Este mismo autor en una recopilación total de las observaciones existentes hasta el año 1938, destaca la cifra de 147.

En base a los estudios de estos autores y con el material ya señalado, llegan a establecer que esta afección se ve con mayor frecuencia en el sexo masculino (63 %) entre los 30 y los 70 años, asentando primordialmente en el tercio inferior del órgano, y con preferencia a nivel de su cara posterior.

Histológicamente han sido reconocidos tres clases de tumores: los a células escamosas, el adenocarcinoma y los a células indiferenciadas. Se ha señalado dentro de las estadísticas como el más frecuente al tumor constituido por células escamosas.