

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LOS ADENOMAS TRAQUEOBRONQUIALES

Profesor C. Carbonell Antolí y Dr. F. Paris Romeu

Se presentan tres casos de adenomas traqueobronquiales, cuyas historias clínicas son las siguientes:

Caso 1.º J. F. P. de 28 años, que desde hace 5, tiene esputos hemoptóicos, discreta febrícula y tos. Radiológicamente presentan imagen de opacidad yuxtahiliar que ocupa los campos del lóbulo medio e inferior. Distalmente no existe atelectasia. La broncoscopia muestra una tumoración redondeada y lisa en el bronquio intermediario, cuya luz tapa casi por completo. La broncografía, imagen de stop formando una cúpula de convexidad superior, no penetrando contraste distalmente al tumor.

Intervención el 22-II-57, practicándose neumonectomía debido en parte a la localización en el bronquio intermediario, y en parte por su adherencia con la cara mediastínica que obliga a una disección radical intrapericárdica. El examen de la pieza, confirma lo anterior, llamando la atención la lisura de la tumoración recubierta de mucosa en toda su extensión.

La histopatología demuestra que la imagen tumoral es de estructura epitelial disponiéndose sus células en cordones bien limitados por el conectivo vecino y constituidos por células de núcleo redondo sin atipias nucleares, sin dismorfologías ni mitosis. Dos ganglios linfáticos remitidos de la cadena paratraqueo-bronquial, muestran una imagen similar.

El enfermo está completamente normal a los 7 años de la operación, su capacidad vital está disminuída a un 60 % por la neumonectomía, aunque el Test de TIFFENAU ha mejorado del 62 % que tenía antes de la operación, al 86 % en la actualidad, y el máximo volumen minuto, también ha aumentado de 48 litros a 60.

Caso 2.º Se trata de una enferma de 24 años R. T. S., y que desde hace 7, presenta accesos de tos con esputos sanguinolentos. Hace tres años fue vista por el tisiólogo, que descubrió una imagen redondeada en pulmón izquierdo al practicarle la radioscopia. Presenta, a la vez, rasgos evidentes acromegaloides, y la radiografía demuestra opacidad redondeada periférica que ocupa el segmento basal del lóbulo inferior izquierdo.

Se practica toracotomía, apareciendo tumoración lobulada de consistencia condroide. Lobectomía inferior izquierda, y la pieza nos demuestra tratarse de una tumoración del tamaño de una manzana de consistencia pétrea, con zonas que radiológicamente son opacas como el hueso, existiendo a su alrededor mamelones carnosos.

Microscópicamente el parénquima tumoral se encuentra constituido por agrupaciones celulares formando alveolos, y gruesos cordones incluidos dentro de abundante tejido conjuntivo denso. En ciertas zonas, el estroma tienen el

carácter óseo, quedando algunas agrupaciones en los espacios interlaminares que el hueso neoformado ofrece. Citológicamente las células tumorales son poligonales o redondeadas, su protoplasma pálido y homogéneo y el núcleo redondeado u oval con relativa uniformidad. En ningún campo se aprecia existencia de fenómenos mitóticos. Con las técnicas especiales se demuestra la positividad argenta-fín y argentereductora ante las técnicas de la plata. Con ellas aparece un intenso granulado protoplasmático y en algunas células, la gran potencia argéntica las transforma en mechones negros en los que es difícil descubrir el núcleo.

Se trataba pues, de un tumor bien encapsulado y con características histológicas que lo harían clasificar como carcinoide bronquial. La enferma está bien a los 5 años de la operación.

Caso 3.º Se trataba de una enferma D. L. L. de 39 años de edad, operada por otro cirujano hace tres años de neumonectomía izquierda, por presentar un cilindroma en la división traqueobronquial con estenosis completa del bronquio principal izquierdo y que precisó una intervención plástica tráqueobronquial.

La enferma presentaba una historia de procesos pulmonares inflamatorios de hemitórax izquierdo y esputos hemoptoicos desde hacía casi 10 años. Desde hace ya 1 año, se le había visto una atelectasia total del hemitórax izquierdo. La broncoscopia demostró la existencia de una neoformación en el bronquio tronco izquierdo invadiendo también parte de la carina y del bronquio del otro lado.

La tumoración, estaba constituida por cordones epiteliales de células cilíndricas, adoptando una disposición tubular alrededor de la sustancia mucoide, presentando un conectivo fibroso con infiltrados linfoplasmocitarios. No existe tendencia a la encapsulación, y los tubos epiteliales invaden las capas más profundas de la pared traqueobronquial llegando hasta el cartílago.

La enferma fue operada en febrero del 58 y pasa dos años bien, aunque con ligera disnea. Hace un año, se acatarró frecuentemente y la disnea es cada vez mayor. Somos requeridos de urgencia en una de estas crisis (agosto, 1961), con la enferma en profunda cianosis y gran taquicardia, sudoración y demás signos de hipercapnia que obliga a una traqueotomía de urgencia, instaurando el tratamiento antiinflamatorio de aspiraciones y aerosoles, con lo que conseguimos reponer a la enferma.

Practicando una broncoscopia a la semana siguiente, se demuestra nuevo crecimiento tumoral que infiltrando la tráquea produce una estenosis de la misma, que llega hasta nivel de la tráquea cervical, y con una luz de escasamente 2 mm. o 3 de diámetro. Se practica coagulación con bisturí eléctrico y electrodo especial endoscópico, lo que deja una luz de casi 1 cm. procediéndose a un tratamiento ulterior con radioterapia superficial. La enferma pasa relativamente bien 1 año, y de nuevo nos vuelve con el mismo cuadro en octubre del 62, presentando en la radiografía una desaparición de la luz traqueal por existir una tumoración mal delimitada al nivel de II y III cuerpo vertebrales, que destaca con poca claridad dada la gran retracción del mediastino hacia el otro lado por la neumonectomía, y el crecimiento tumoral más intrínseco infiltrante de la pared traqueal, que extrínseco.

La enferma presenta a la vez un nódulo pulmonar aislado en el lóbulo inferior derecho, y un fallo lagunar en la región parietal del cráneo, allí donde se palpa una tumoración en la exploración del cuero cabelludo. La enferma se

niega a nueva brincoscopia y se le practican 30 sesiones de Cobalto con un total de 6.152 R. con lo que mejora durante 2 o 3 meses, para de nuevo recaer muriendo a los 6 meses de iniciada esta segunda tanda de Cobaltoterapia.

Con la base de estos tres enfermos, se hacen las consideraciones clínicas, anatomopatológicas y de tratamiento sobre estos tumores, destacando el relativo buen pronóstico de los adenomas en comparación con la gravedad del cilindroma que como presentamos en el caso 3.º, se reprodujo con carácter infiltrante, llegando a invadir hasta la tráquea cervical y dando metástasis a distancia. Además el estudio histopatológico de este último caso, cambió del que se le hizo en el año 58, que era un típico cilindroma, al del año 61 en que el estudio histológico mostró su degeneración a adenocarcinoma.