



## V-09 - RESECCIÓN DE CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO TRAQUEAL CON MANIOBRA DE ASCENSO HILIAR Y MIOPLASTIA DORSAL

Andrea N. Calderón Vargas<sup>1</sup>, Irene Pastor Escartín<sup>1</sup>, Raquel Herrera Cubas<sup>1</sup>, Santiago Figueroa Almánzar<sup>1</sup>, María Trujillo Sánchez de León<sup>1</sup>, Carlos Ordoñez Ochoa<sup>1</sup>, Richard Wins Biraben<sup>1</sup>, Jose Miguel Izquierdo Elena<sup>2</sup> y Genaro Galán Gil<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Universitario, Valencia; <sup>2</sup>Hospital Donostia, San Sebastián.

### Resumen

**Introducción:** El carcinoma adenoide quístico traqueal primario es un tumor raro, de bajo grado y crecimiento lento. A menudo infiltra la submucosa más allá de los límites macroscópicos del tumor. La tasa de márgenes positivos puede alcanzar el 45,8-63%, que es el principal factor de recurrencia y metástasis posoperatorias. La resección quirúrgica y la reconstrucción de la vía aérea es el tratamiento de elección. Las resecciones traqueales extensas pueden ser un reto quirúrgico ya que la complicación más temida y de mayor mortalidad es la dehiscencia de la anastomosis, por lo que es fundamental evitar la tensión y preservar un adecuado aporte sanguíneo.

**Caso clínico:** Mujer de 56 años remitida desde otro centro con el diagnóstico carcinoma adenoide quístico traqueal, diagnosticado de forma incidental durante estudio de carcinoma de mama. En las pruebas complementarias se observa un tumor traqueal de 4,7 cm que obstruye más del 50% de luz traqueal con posible infiltración esofágica. Se aborda por toracotomía posterolateral derecha con previa liberación de colgajo de músculo dorsal ancho. Se realiza resección traqueal distal de 5cm. Evidenciamos tensión en la anastomosis, motivo por el cual, procedemos a la maniobra de ascenso hiliar. El ascenso del hilio derecho se obtiene mediante la liberación de las inserciones pericárdicas de la vena pulmonar inferior. Con esta maniobra se obtiene entre 1 a 2 cm de elevación hiliar. Se realiza la anastomosis termino-terminal con puntos sueltos y finalmente se recubre sutura con colgajo de dorsal ancho. La evolución posoperatoria fue favorable, tras 15 días de ingreso es dada de alta. La AP definitiva confirma diagnóstico con infiltración de bordes de resección superior e inferior a nivel de la pars membranosa. La paciente se remite a su hospital de referencia para continuar con tratamiento adyuvante (RT). Tras 12 meses de seguimiento no existen signos de recurrencia en TC torácicos y fibrobronscopias de control.

**Discusión:** En las resecciones traqueales distales extensas puede ser un recurso útil la maniobra de ascenso hiliar, para evitar tensión en la anastomosis traqueal.