



## V-003 - RESECCIÓN TRAQUEAL Y RECONSTRUCCIÓN CARINAL POR TUMOR ADENOIDE QUÍSTICO

Ana María Gómez Gago, Begoña de las Heras Marqués, Paula García Jiménez, Alberto Évora López, María José Moyano Rodríguez, Francisco Hernández Escobar, Inmaculada Piedra Fernández, Clara Bayarri Lara, Javier Ruiz Zafra y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Introducción:** Las neoplasias traqueales primarias son tumores poco frecuentes, representando el 0,2% de los tumores del tracto respiratorio. El carcinoma adenoide quístico (ACC) es el segundo tumor traqueal primario más frecuente después del carcinoma de células escamosas. Se origina en el tejido submucoso traqueal y se caracteriza por un crecimiento lento, aunque presenta un elevado potencial de invasión locorregional. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, en caso de que su localización y extensión lo permitan. Técnicas quirúrgicas como la resección traqueal y las resecciones pulmonares en manguito deben considerarse como opciones terapéuticas cuando existe infiltración locorregional. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de carcinoma adenoide quístico a nivel carinal intervenida quirúrgicamente en nuestro centro hospitalario.

**Caso clínico:** Paciente de 40 años que inicia estudio por disnea de esfuerzo con hallazgo en TAC cérvico-torácico de tumoración sólida y heterogénea a nivel de pared lateral derecha de tráquea distal, que se extiende hasta la porción proximal de la pared posterior del bronquio principal derecho, englobando a la vena ácigos, produciendo estenosis > 50% de la luz traqueal, con un tamaño aproximado de 2,5 (T) × 4 (AP) × 4,5 (CC) cm. Tras fibrobroncoscopia con toma de biopsias, hallazgos citopatológicos sugerentes de carcinoma adenoide quístico. Tras valoración del caso se decide intervención quirúrgica, realizándose resección traqueal carinal ampliada a lóbulo superior derecho (por infiltración de bronquio segmentario apical) con reconstrucción de carina asistida por ECMO V-V por toracotomía anterolateral. El diagnóstico definitivo por anatomía patológica confirma diagnóstico de carcinoma adenoide quístico de patrón cribiforme grado 1, de 3,5 cm que afecta a tráquea, carina principal y parénquima de lóbulo superior derecho con márgenes libres. La evolución posoperatoria fue favorable y el seguimiento a largo plazo no ha demostrado recidivas. En fibrobroncoscopias de control se muestra ligera estenosis de ambos bronquios principales determinada por cambios fibróticos posquirúrgicos con adecuada luz bronquial actualmente.

**Discusión:** La ECMO V-V facilitó y agilizó la reconstrucción de neocarina entre bronquio intermediario, bronquio principal izquierdo y tercio medio de tráquea. La correcta planificación y técnica quirúrgica son esenciales para garantizar la reseccabilidad completa y mejorar el pronóstico del paciente.