

Vía aérea difícil en paciente con carcinoma epitelial tímico

Difficult airway in patient with thymic epithelial carcinoma

Anna R. Hernández-González^{1*}, Eduardo Solís-García^{2,3} y Estefanía Llopis-Pastor²

¹Servicio de Neumología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos; ²Unidad de Endoscopia Respiratoria y Neumología Intervencionista, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Rey Juan Carlos; ³Grupo Emergente de Broncoscopia y Neumología Intervencionista (GEBRYN), Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). Madrid, España

Se presenta caso de un varón de 52 años que acude por masa cervical de crecimiento progresivo de un año de evolución. Un mes antes de consultar comienza a presentar disfagia a sólidos y líquidos. No refiere disnea, tos, fiebre, pérdida de peso ni dolor.

Se realiza tomografía axial computarizada cervical, de tórax y abdomen (Siemens Somatom Definition AS 128), visualizando una masa heterogénea (68 x 100 x 81,9 mm) de características infiltrativas en área anterior izquierda de mediastino superior, que produce desplazamiento derecho y posterior de la tráquea, provocando reducción de su calibre transversal, así como desplazamiento posterior de los troncos supraaórticos, desplazamiento caudal del tronco venoso braquiocefálico izquierdo y afectación de adenopatías laterales izquierdas y prevasculares (Fig. 1A).

Se realiza estudio de extensión con tomografía por emisión de positrones con 18F-fluorodesoxiglucosa (Siemens Biograph mCT), apreciando una captación heterogénea de la masa con áreas sin actividad metabólica sugerente de necrosis, así como adenopatías laterales izquierdas y prevasculares, sin objetivar metástasis a distancia. Se realiza una biopsia transtorácica guiada por ecografía con aguja de 18 G, obteniendo diagnóstico de carcinoma escamoso de timo (T3N2M0 estadio III). El paciente es derivado a nuestro servicio de neumología, en donde primero se realizó broncoscopia flexible bajo sedación con entrada

a través de la cavidad oral para valoración de la vía aérea, observando lateralización derecha completa de la laringe y glotis (Fig. 1B). En la pared anterior del tercio craneal de la tráquea se observó una lesión excrecente (Fig. 1C), que no condicionaba estenosis significativa y que era compatible con infiltración neoplásica.

Dado el hallazgo de vía aérea difícil, el paciente fue programado un mes después para broncoscopia terapéutica, donde bajo anestesia general se realiza permeabilización de la luz traqueal, recortando lesión aplicando electrocoagulación con argón; se retiraron esfacelos con pinza y posteriormente se trató con crioterapia la zona, dejando el 100% de luz traqueal. Finalmente una semana después se programa nueva broncoscopia para revisión de la lesión, observando lesión cicatricial, sin aparente infiltración (Fig. 2).

Actualmente el paciente se encuentra con tratamiento activo oncológico (quimioterápico y radioterápico), manteniendo estabilidad de la enfermedad y total permeabilidad de vía aérea tras broncoscopia terapéutica.

Los carcinomas epiteliales tímicos son poco frecuentes, de gran agresividad y difícil tratamiento, por lo que su manejo se debe realizar con un equipo multidisciplinario. La edad media al diagnóstico es en la 6.ª década de la vida. Es frecuente observar compresión y/o invasión de estructuras adyacentes¹.

El crecimiento de la neoplasia tímica ha provocado rotación traqueal hacia la derecha, produciendo una

*Correspondencia:

Anna R. Hernández-González

E-mail: annarebecahg24@gmail.com

1576-9895 / © 2023 Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica. NEUMOMADRID. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 13-07-2023

Fecha de aceptación: 28-08-2023

DOI: 10.24875/RPR.23000026

Disponible en internet: 20-10-2023

Rev Pat Resp. 2023;26(4):144-146

www.revistadepatologiarrespiratoria.org

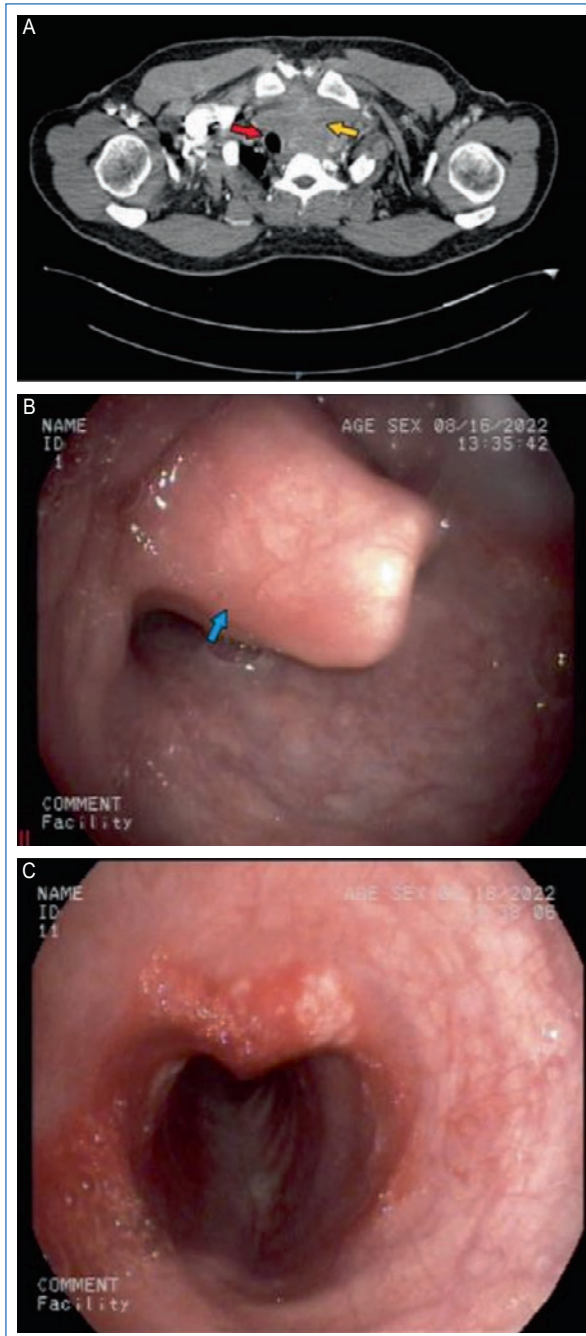


Figura 1. A: neoplasia tímica (flecha roja) lateralizando y ocasionando desplazamiento a la derecha de la tráquea (flecha amarilla). **B:** imagen obtenida en broncoscopia con paciente en decúbito supino, se visualiza vía aérea difícil por lateralización laríngea (flecha azul). **C:** lesión excrecente en pared anterior de tráquea, observada en primera broncoscopia diagnóstica.

desviación ipsilateral de la laringe y glotis. Esta pérdida de la arquitectura condiciona una vía aérea difícil² que deberá tomarse en cuenta ante situaciones o procedimientos futuros que precisen intubación orotraqueal.

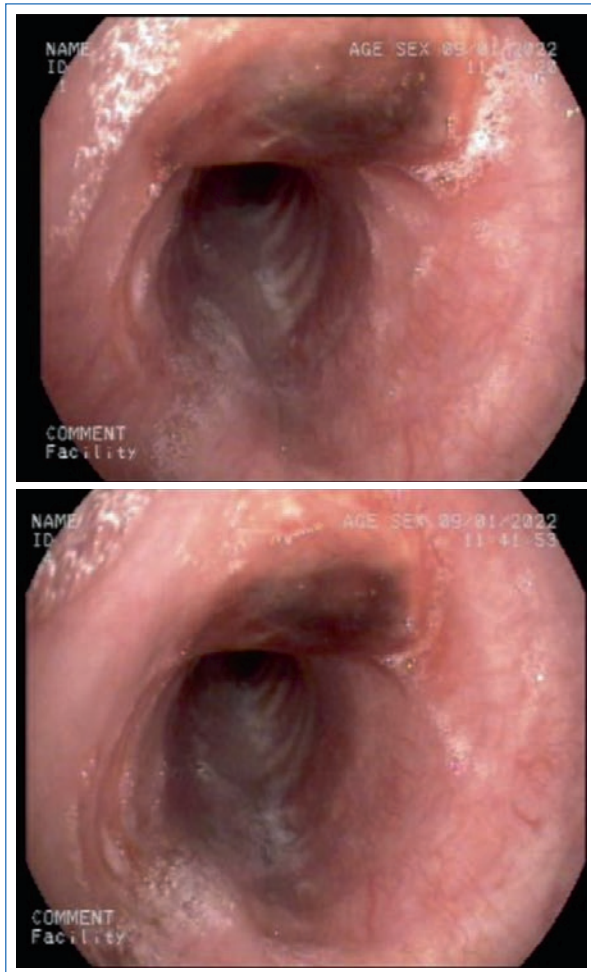


Figura 2. Lesión cicatricial en tráquea, una semana después de realización de broncoscopia terapéutica.

En neumología en los últimos años se ha tenido un gran avance en el desarrollo de técnicas endoscópicas que permiten la resección con láser, crioterapia y electrocauterización, entre otras técnicas de lesiones que afectan la vía aérea³.

En el caso presentado de carcinoma tímico se demostró la efectividad de tratamiento con láser argón y crioterapia, mediante una broncoscopia terapéutica, siendo efectiva la repermeabilización de la vía aérea, se deja este caso como ejemplo para otros pacientes con neoplasias malignas con afectación de la vía aérea.

Financiamiento

Ninguno.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Uso de inteligencia artificial para generar textos.

Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

Bibliografía

1. Girard N. Thymic epithelial tumours: from basic principles to individualised treatment strategies. *Eur Respir Rev.* 2013;22(127):75-87.
2. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology.* 2022;136(1):31-81.
3. Diaz-Jiménez JP. Broncoscopia terapéutica. *Neumosur.* 1999;11:1.