

ACTAS CLINICAS

EPITELIOMA TRAQUEAL DE EVOLUCION RAPIDA CON SINDROME ASFICTICO

Dres. M. GONZALEZ-RIBAS y J. SANGLAS CASANOVAS *

L. B. de 51 años, varón, sin antecedentes de interés. A últimos de noviembre de 1953 a consecuencia de un enfriamiento intenso sufre un proceso neumónico atípico con localización en el lóbulo superior

cho, mientras que la 2.^a radiografía de control 20 enero del 54 (Fig. 2), demuestra su completa desaparición. Con tal cuadro y evolución, fué su proceso etiquetado de neumonía vírica.

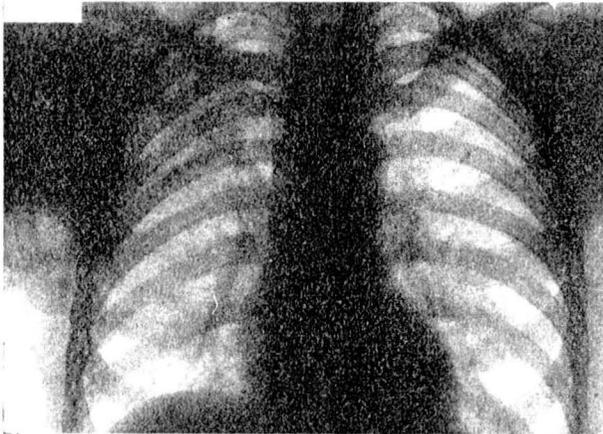


Figura 1. Radiografía 28-XI-1953.

derecho que resolvió en tres semanas.

En las radiós adjuntas, la primera de 28 de noviembre de 1953 (figura 1), nos muestra una zona de condensación en 1/3 superior dere-

Transcurre bien el enfermo, hasta mediados de abril de 1955, cuando nota una sensación opresiva traqueal con tos y carraspera, que desaparece con fluidificantes y sedantes.

* De la Clínica Médica B de la Facultad de Medicina. Prof. Dr. M. Soriano.

El día 20 de mayo del mismo año, aparece un síndrome tóxico, con fiebre elevada, escalofríos, dolor general y anorexia. Iniciada la regresión el 31 mayo de 1955, se le practica una exploración radiográfica (Fig. 3) que muestra una imagen infiltrativa paramediastínica derecha sin desviación traqueal alguna. Ante la presencia de tal imagen radiográfica en un individuo con dichos antecedentes y cuadro

de la expectoración hemática se sienta la indicación de la práctica de una broncoscopia. Esperando podérsela practicar el día 20 de junio aparece un estridor respiratorio brusco, con intensa disnea progresiva, asfíctica y que no cede a los antiespasmódicos habituales, por cuya causa se le practica urgentemente, en su propio domicilio una broncoscopia, que nos demuestra estar producido dicho cuadro

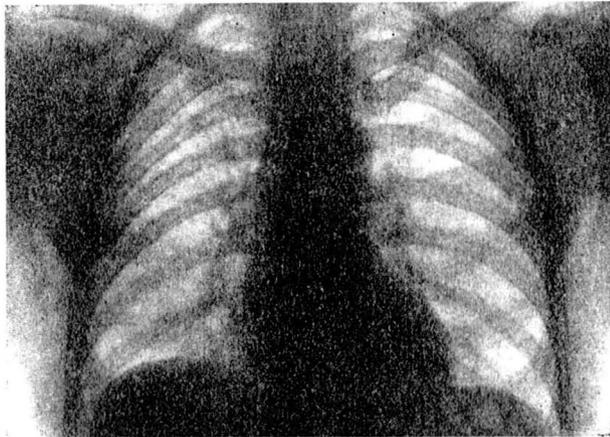


Figura 3. Radiografía 2-1-55

actual suponemos un proceso pneumónico con igual localización.

El 1.º de junio se produce una hemoptisis en bocanada seguida de expectoración hemoptoica. El tratamiento penicilina, estreptomina, tónico y antihemorrágico, no priva la febrícula ni mejora la depresión general. La imagen radiográfica 4 junio del 1955 persiste sin modificación alguna. (Fig. 4.)

Ante la invariabilidad del cuadro y sobre todo por la persisten-

por una gruesa tumcración intra-traqueal, que reduce la luz de la misma, en 4 quintas partes, situada en la pared derecha y 1/3 inferior de la traquea. Dicha tumcración es redondeada, sesil, sin infiltración del resto de la pared, irregular, mamelonada y fácilmente sangrante. La biopsia practicada (doctor SÁNCHEZ LUCAS), demuestra tratarse de un epiteloma espino celular.

Dada la localización baja de la

Figura 1. Radiografía
de tórax.

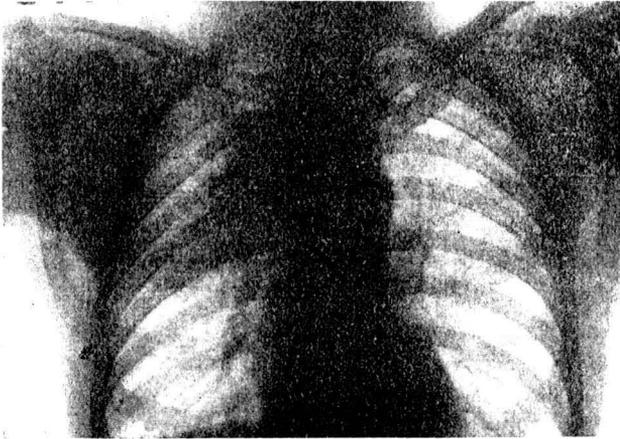
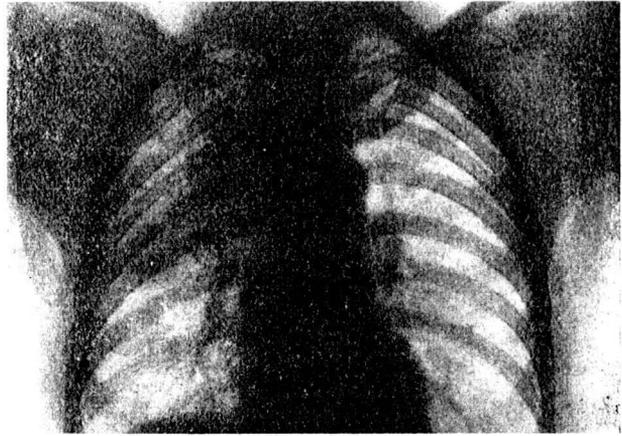
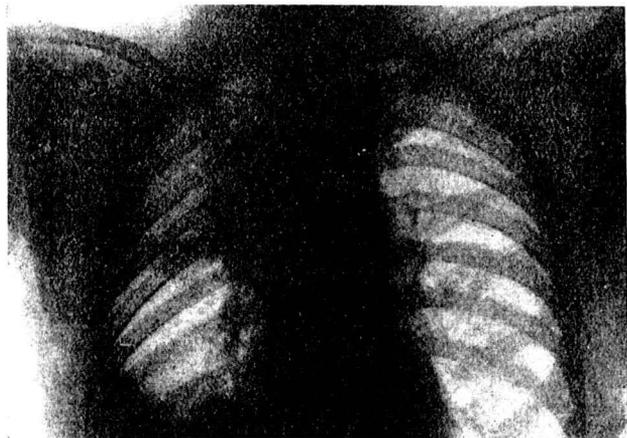


Figura 2. Radiografía
de tórax.

Figura 3. Radiografía
de tórax.



tumoración, ante la ineficacia de una traqueotomía, se procede urgentemente a la radioterapia de la misma (Prof. CARULLA) que logra facilitar la respiración a partir de la segunda sesión. La continuación de la radioterapia, permitió la desaparición completa de las molestias respiratorias que el enfermo acusaba y logra una gran mejoría del estado general del mismo.

El 2 de septiembre aparece una disfonía por laringitis edematosa, con paresia de cuerda derecha. Reaparece la intensa disnea, el estridor, una gran depresión general, derrame pleural derecho (Fig. 5) y éxitus por asfixia a principios de octubre.

Se trataba pues de un caso de neoplasia broncopulmonar de implantación rara, de historia clínica breve, con manifestaciones hemoptoicas y a los pocos días asfícticas, (que obligan a una exploración pre-

cipitada, que precisamente nos descubre la implantación atípica) y que ceden con la radioterapia profunda, para reaparecer al poco tiempo en la fase final del proceso.

Ante este caso nos quedamos en la duda de si la manifestación respiratoria de dos años antes, fué ya un avance del cuadro clínico definitivo o sólo un proceso neumónico intercurrente.

Por otro lado nos sorprende la brevedad del curso clínico que precedió al cuadro asfíctico, lo que prueba el crecimiento lujuriente de la masa tumoral en su porción endotraqueal.

Nos queda por descifrar si la tumoración primitiva era traqueal o si se trataba de una expansión, de una neoplasia primitiva del bronquio lobar superior derecho; el tratarse de un caso particular nos privó de la enseñanza necrópsica.