



TRAQUEOCELE, TAMBIÉN CONOCIDO COMO DIVERTÍCULO TRAQUEAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. López Miguel¹, R. Godoy Mayoral¹, R. Pastor Juan², A. Honguero Martínez³.

¹Servicio de Neumología. ²Servicio de Radiología. ³Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General de Almansa. Complejo Hospitalario Universitario. Albacete.

Resumen

Presentamos el hallazgo casual de un divertículo traqueal, también conocido como traqueocele, en un paciente que acude a nuestra consulta por clínica de infección respiratoria en el contexto de un proceso catarral, acompañado de hiperreactividad bronquial, precisando tratamiento con broncodilatadores inhalados de manera puntual. En la radiografía de tórax se aprecia una imagen aérea paratraqueal derecha, que al practicar el escáner confirma la presencia de traqueocele a este nivel. La escasez de publicaciones sobre esta rara entidad se debe a sus pocos e inespecíficos síntomas, lo que dificulta su diagnóstico. Hacemos una revisión de esta patología.

Palabras clave: traqueocele, divertículo traqueal, quiste aéreo.

Tracheocele, also known as tracheal diverticulum. A case report.

Abstract

We present a case on a patient diagnosed of tracheal diverticulum, also known as tracheocele. The diagnosis was done incidentally when the patient was referred to the pulmonologist because of upper airway infection and bronchial hyperreactivity. In the chest X-ray film, a right paratracheal dense area was observed. The CT scan confirmed the tracheocyst at that level. There are few publications of this infrequent entity. Symptoms are unspecific and scarce, making the diagnosis difficult. We went through literature to review this disease.

Key words: tracheocele, tracheal diverticulum, air cyst.

INTRODUCCIÓN

El traqueocele es una cavidad aérea paratraqueal debida a una debilidad congénita o adquirida de la pared de la tráquea. La variedad congénita o adquirida se diferencian por la localización, características e histología del divertículo. La escasez de publicaciones sobre esta entidad se debe en parte a su rareza y a sus pocos e inespecíficos síntomas, lo que dificulta el diagnóstico. Tienen predilección por el lado derecho, dada la ubicación izquierda del esófago. Sólo hay un caso publicado en el lado izquierdo¹. Presentamos a un paciente de 46 años diagnosticado de forma casual en consultas externas de Neumología tras presentar una imagen quística de contenido aéreo paratraqueal derecho en la radiografía de tórax, que nos llevó a iniciar el estudio.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 46 años, ex fumador de 20 paq/año desde hace 1,5 años, sin criterios de broncopatía crónica, hiperreactividad bronquial, ni patología pulmonar previa conocida. Nunca ha presentado sintomatología

nasosinusal y/o laríngea. Trabajador de la construcción. Ante la persistencia desde hace un mes de tos escasamente productiva, en el contexto de infección respiratoria previa, es remitido a nuestra consulta para valoración. No presenta disnea de esfuerzo, fiebre ni dolor torácico. A la auscultación pulmonar destacaban sibilantes en ambos campos pulmonares, que mejoraron tras la instauración de broncodilatadores y esteroides inhalados. Actualmente se encuentra asintomático y sin tratamiento, con unas pruebas funcionales respiratorias dentro de la normalidad.

En la radiografía de tórax (figura 1), se observó una densidad aérea paratraqueal derecha no conocida. Ante dicho hallazgo se le realizó una tomografía axial computarizada (TAC) (figura 2), que demostró el hallazgo del traqueocele a nivel posterior y paratraqueal derecho.

Para objetivar mejor el tamaño de la comunicación con la tráquea, realizamos una reconstrucción tridimensional y una broncoscopia en tiempo real y virtual, donde se observó un pequeño orificio de comunicación a nivel posterolateral derecho.

Recibido: 21 de mayo de 2008. Aceptado: 10 de septiembre de 2009.

Dra. Patricia López Miguel.
concelopez@ono.com



Figura 1. Radiografía de tórax donde se observa la imagen quística paratraqueal derecha (flecha negra).

DISCUSIÓN

El divertículo traqueal fue descrito por Rokitansky en 1838, como una invaginación de la pared posterior derecha de la tráquea. Puede ser simple o múltiple. La incidencia es de 1%, según la serie de MacKinnon², que en 1953 encontró 8 casos en 867 autopsias efectuadas de forma rutinaria.

El traqueocele congénito es un vestigio supernumerario del pulmón o alteración de la ramificación del árbol bronquial, defecto de la diferenciación del endodermo durante el desarrollo de la pars membranosa de la tráquea o defecto de desarrollo del cartílago traqueal en la sexta semana de gestación. Posee epitelio respiratorio, músculo liso y cartílago; en ocasiones se puede llenar de moco. El tamaño del orificio de comunicación con la tráquea es estrecho. Suele ser más frecuente en hombres^{3,4}. Aparece a 4-5 centímetros por debajo de las cuerdas vocales o a pocos centímetros por encima de la carina. Puede acompañar a otras malformaciones congénitas como la fistula traqueoesofágica⁵.

El traqueocele adquirido es una invaginación externa de la mucosa traqueal a través de un orificio herniario en la pared muscular debilitada de la tráquea. Puede aparecer a cualquier nivel, pero es más común en la región posterolateral de la tráquea entre la porción extratorácica e intratorácica. Es de mayor tamaño que el congénito y el orificio de comunicación con la tráquea es más grande⁶. Se relaciona con enfermedades pulmonares crónicas que cursan con tos crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y procedimientos quirúrgicos traqueales. La

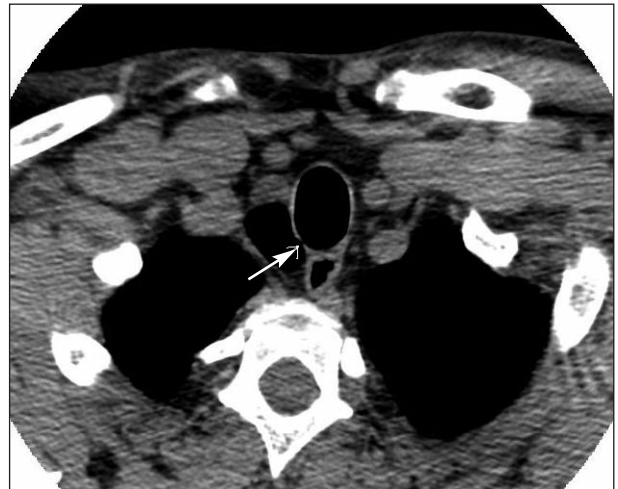


Figura 2. Tomografía axial computarizada, ventana mediastínica, donde se aprecia la imagen quística y la comunicación con la tráquea (flecha blanca).

pared está formada exclusivamente por epitelio respiratorio, no presenta músculo liso ni cartílago⁷. La sintomatología suele ser inespecífica, predominando las molestias faríngeas y la tos crónica, con o sin expectoración.

Entre las complicaciones hay que destacar la disnea, disfagia intermitente, hemoptisis, episodios de traqueobronquitis de repetición con infecciones recurrentes y estridor. Como complicaciones excepcionales puede ocurrir la parálisis laríngea recurrente por compresión de la cuerda vocal, el neumomediastino tras intubación traqueal dificultosa y la disnea por un divertículo congénito de carina en el lactante⁸.

El diagnóstico se puede realizar mediante TAC torácica, que nos informa de la localización, origen y tamaño de la lesión. Ayuda a distinguir entre origen congénito o adquirido, dependiendo de la presencia o ausencia de cartílago y del tamaño del cuello del divertículo, aunque la confirmación anatómica la daría el estudio histológico. La reconstrucción tridimensional permite una apreciación minuciosa de su morfología. La broncoscopia es útil en la confirmación diagnóstica, pero hay casos en que la comunicación no es visible.

El diagnóstico diferencial se debe realizar con el faringocele, laringocele, divertículo de Zenker, herniación del ápice del pulmón y la bulla apical paraseptal o blebs.

En cuanto al tratamiento no hay consenso, depende del estado físico, la edad y los síntomas del paciente. Se realizará tratamiento médico conservador de los síntomas con antibióticos, mucolíticos y fisioterapia

respiratoria, reservando la cirugía para los casos que presenten divertículos de mayor tamaño, con un propósito estético, casos pediátricos con síntomas respiratorios y formas sintomáticas con sobreinfecciones recurrentes⁹.

En conclusión, presentamos un paciente con hallazgo casual de un traqueocele de probable origen congénito, dados los hallazgos radiológicos y la situación clínica del paciente. Puesto que se encuentra asintomático no precisa tratamiento médico ni quirúrgico, solo seguimiento en la consulta y tratar quirúrgicamente en caso de que se produjeran complicaciones importantes o aumento del tamaño del divertículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Surprenant EI, O'Loughlin BJ. Tracheal diverticula and tracheobronchomegaly. *Dis Chest* 1966; 49: 504-7.
2. MacKinnon D. Tracheal diverticula. *J Pathol Bacteriol* 1953; 65: 513-7.
3. Tanaka H, Mori Y, Kurokawa K, Abe S. Paratracheal air communicating with the trachea: CT findings. *J Thorac Imaging* 1997; 12: 38-4.
4. Early EK, Bothwell MR. Congenital tracheal diverticulum. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2002; 127: 119-21.
5. Soto Hurtado EJ, Peñuela Ruíz L, Rivera Sanchez I, Torres Jimenez J. Tracheal diverticulum: A review of the literature. *Lung* 2006; 184: 303-7.
6. Porubsky EA, Gourin CG. Surgical treatment of acquired tracheocele. *Ear Nose Throat J* 2006; 85: 386-7.
7. Goo JM, Im JG, Ahn JM, Moon WK, Chung JW, Park JH, et al. Right paratracheal air cysts in the thoracic inlet. *Am J Roentgenol* 1999; 173: 65-70.
8. Möller GM, Ten Berge EJFM, Stassen CM. Tracheocele: a rare cause of difficult endotracheal intubation and subsequent pneumomediastinum. *Eur Respir J* 1994 ; 7: 1376-7.
9. Bodet Agustí E, Martínez Vecina V, Romeo Figuerola C, Monzón Gaspá M. Divertículo traqueal: presentación de un caso. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2007; 58: 278-9.