



TRAQUEOPATÍA OSTEOCONDROPLÁSICA: UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE A TENER EN CUENTA.

del Valle Sanz, Yolanda; Reyes Márquez, Laura;
Bautista Castro, John Jairo; Orgaz Álvarez,
Mónica; Amengual Aldehuela, Cristina; Blanco
Cabellos, Juan Antonio; Díaz Rodríguez, Esther;
Xiaqun Xuzhu, Adriana.

**Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital
Universitario Infanta Cristina – Parla (Madrid).**

OBJETIVO DOCENTE.

- La traqueopatía osteocondroplásica (TO) es una patología de etiología incierta, que afecta a la tráquea y que en la mayoría de los casos es un hallazgo casual.
- El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto una entidad poco conocida, que puede comprometer la vida del paciente, ya que en ocasiones produce estrechamiento de la vía aérea.

REVISIÓN DEL TEMA.

- La tráquea puede afectarse de forma focal o difusa por un gran número de patologías.
- La sintomatología es inespecífica y deriva de la obstrucción de la vía aérea como disnea, insuficiencia respiratoria aguda, sibilancias, neumonías recurrentes, bronquiectasias,... y en otros casos puede existir tos, expectoración y hemoptisis.
- La patología de la vía aérea se puede clasificar en función del calibre traqueal (tanto las entidades que lo aumentan como las que lo disminuyen) o por su extensión pudiendo ser enfermedades localizadas o difusas.
- Dentro de las estenosis difusas de la tráquea se incluye una entidad poco conocida que es la TO.

REVISIÓN DEL TEMA.

- La TO es una entidad benigna y poco frecuente que se caracteriza por el desarrollo de nódulos submucosos, bien óseos o cartilagosos en las paredes de la tráquea y bronquios principales. Esto da lugar a nódulos, que en general no sobrepasan los 3 mm.
- Los nódulos respetan la pared posterior y esto es debido a la ausencia de cartílago en esta zona **(Figuras 1 y 2)**.
- La etiología no se conoce exactamente, la incidencia entre hombres y mujeres es la misma, no existe asociación con el tabaco y se suele diagnosticar entre la cuarta y sexta décadas de la vida.
- Aunque la patogenia es desconocida, se suele asociar con entidades que producen inflamación crónica de la vía aérea.
- Su diagnóstico generalmente es casual ya que la mayoría de pacientes son asintomáticos.

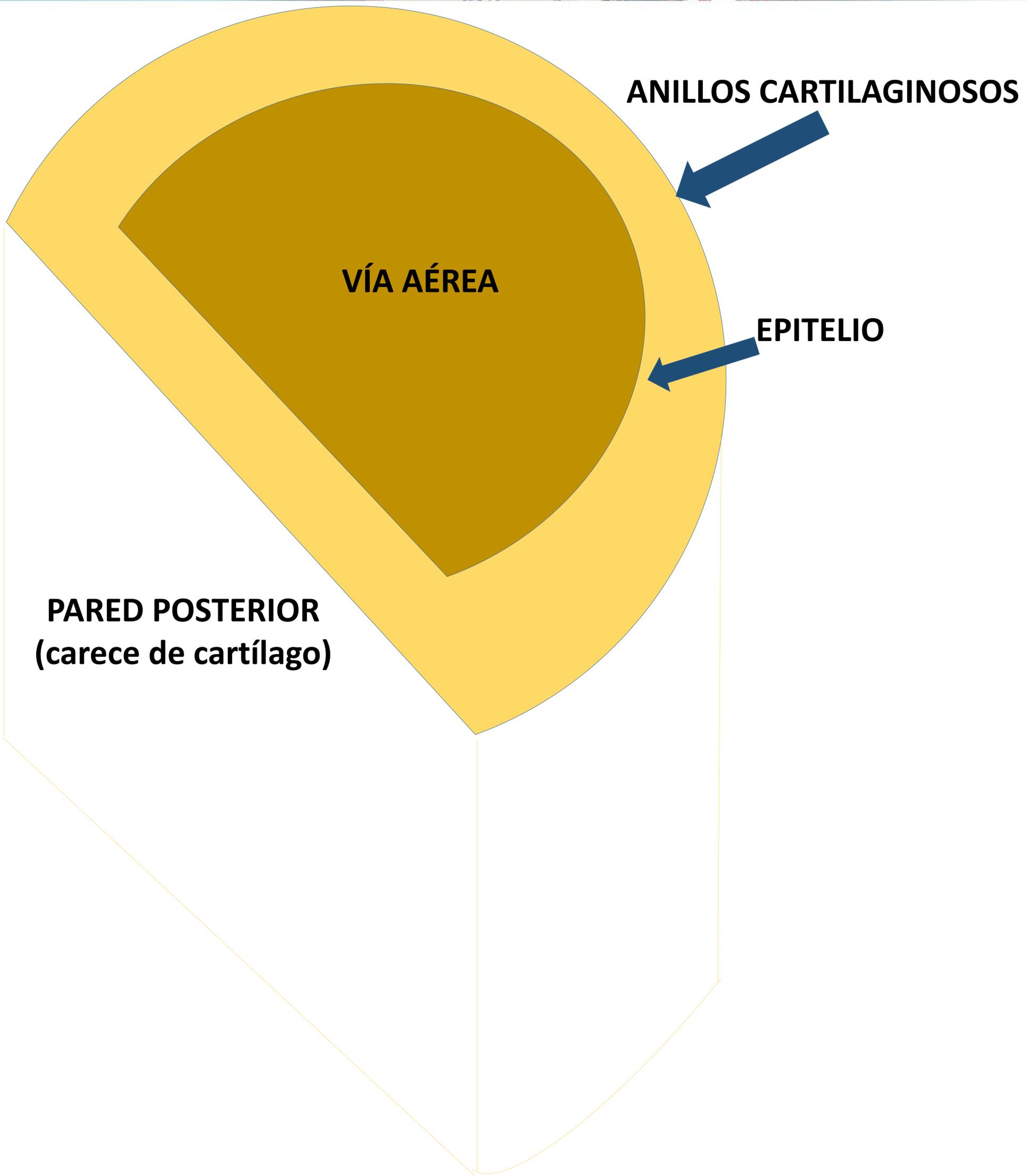
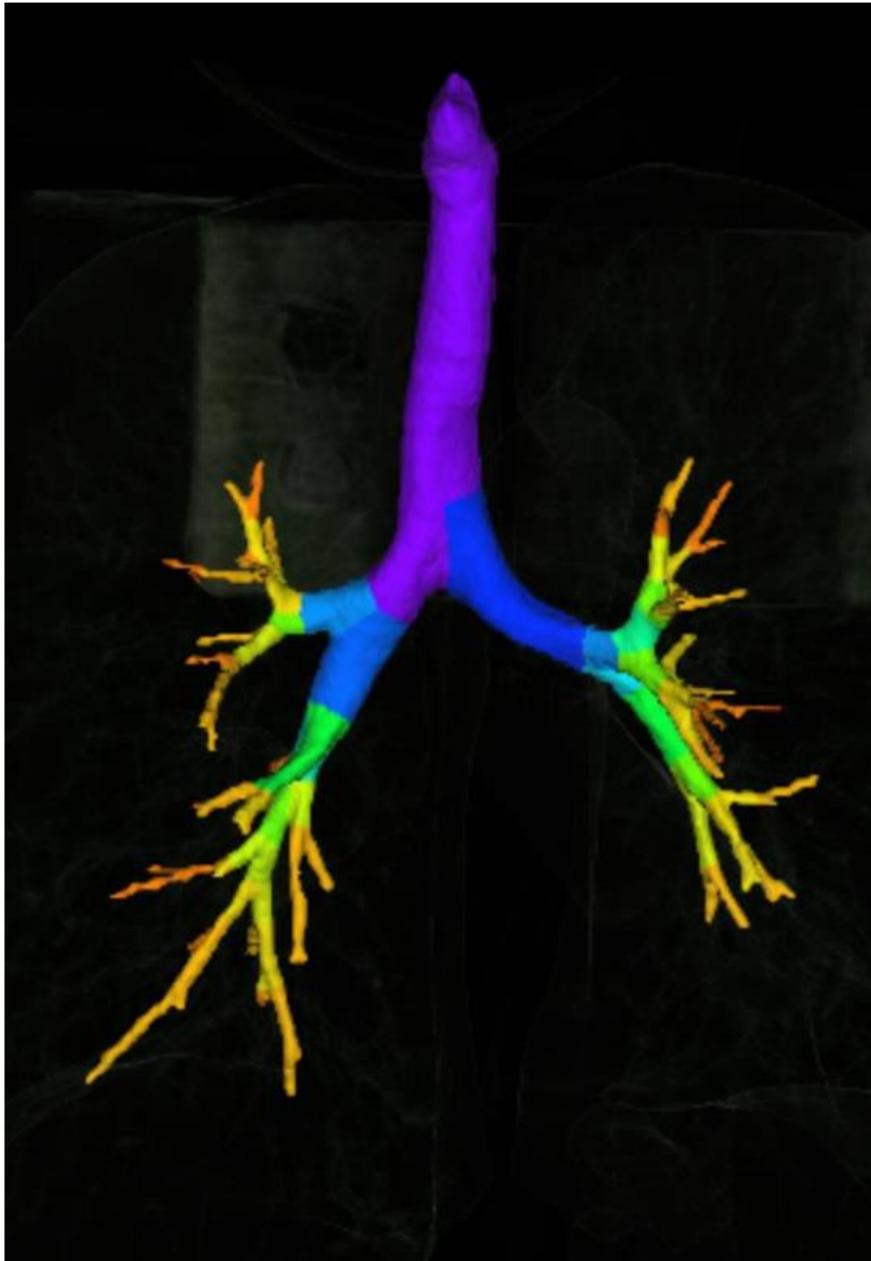


Figura 1. Esquema de la tráquea en corte transversal. La pared posterior carece de cartílagos, solo se encuentran en las paredes anterior y laterales



a



b

Figura 2 a y b. Reconstrucción en 3D de una vía aérea sin patología traqueobronquial. Proyección frontal **(a)** y lateral **(b)**.

REVISIÓN DEL TEMA.

- En algunos casos, los menos frecuentes, los pacientes debutan con una insuficiencia respiratoria severa por obstrucción importante de la vía aérea.
- Los síntomas más frecuentes son: disnea, tos crónica, producción de esputos de forma crónica, hemoptisis y dolor torácico.
- Debido a la poca especificidad de los síntomas los pacientes suelen ser diagnosticados de asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica e incluso insuficiencia cardiaca.
- A veces puede existir un proceso infeccioso asociado.
- En algunas ocasiones, la enfermedad se descubre tras una intubación dificultosa (como en el caso de nuestra paciente).

REVISIÓN DEL TEMA.

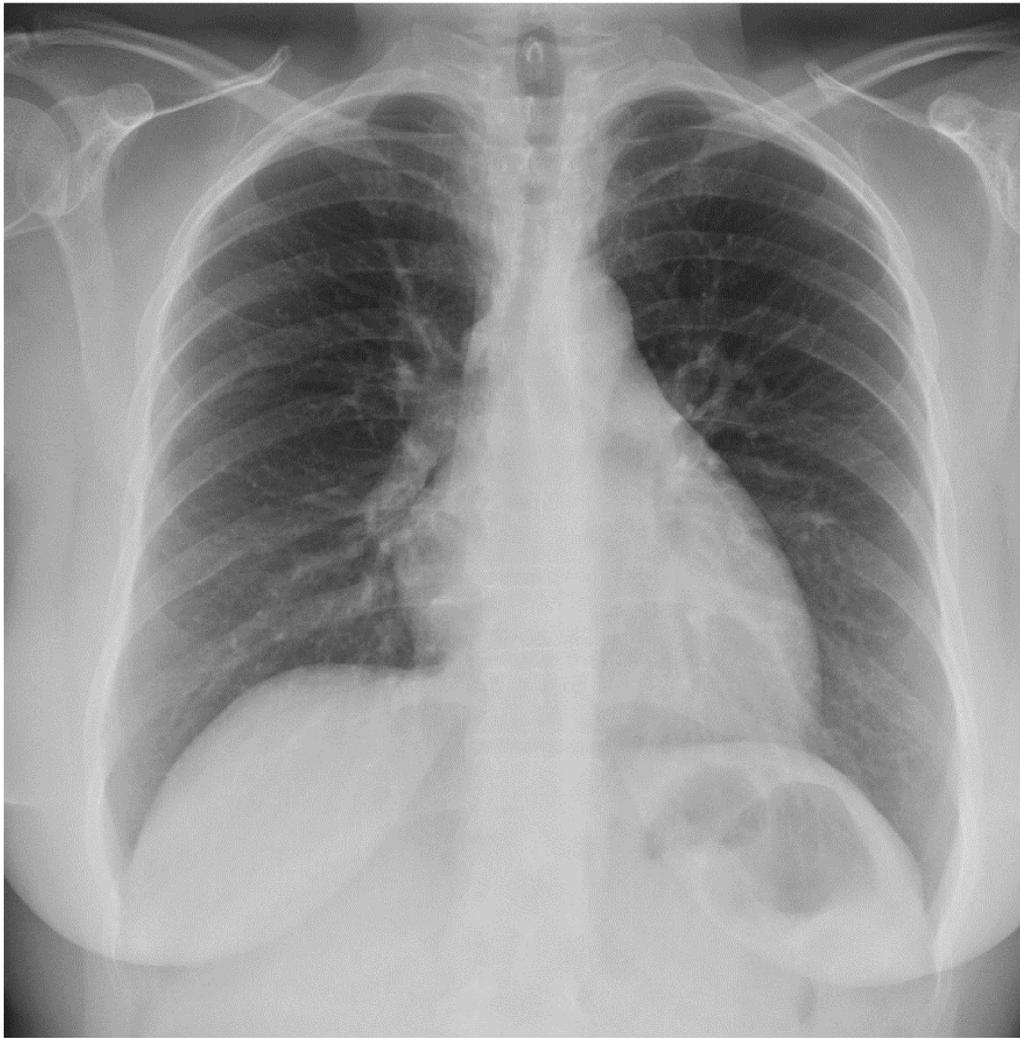
- La asociación con patologías como la amiloidosis, silicosis o mycobacterias es bastante incierta.
- Tampoco existe una clara evidencia de la TO progrese a malignidad.
- La TO compromete fundamentalmente a las paredes traqueales y bronquios principales, respetando la pared posterior.
- Es menos frecuente la afectación subglótica y laríngea.
- Dentro de las complicaciones de esta entidad, están las infecciones respiratorias de repetición y el desarrollo de bronquiectasias y atelectasias.

REVISIÓN DEL TEMA.

- El método diagnóstico de elección en estos pacientes es la broncoscopia.
- Característicamente se visualizan múltiples nódulos submucosos que oscilan entre 1 y 3 mm, aislados o confluentes.
- Presentan un aspecto típico en "jardín de rocas".
- No obstante, es prácticamente imposible obtener muestras ya que la consistencia de los nódulos es extremadamente dura.
- De todas formas la biopsia no es requisito indispensable para el diagnóstico.
- Histológicamente se verán cartílagos submucosos, osificación y calcificación submucosa y a veces metaplasia escamosa del epitelio respiratorio.

REVISIÓN DEL TEMA.

- En cuanto a los métodos de imagen, en la radiografía de tórax posteroanterior y lateral (**Figura 3**), se puede ver disminución del calibre de la tráquea y bronquios principales, que presentarán márgenes irregulares.
- Por tomografía computarizada (TC), se aprecia disminución del calibre de la vía aérea por extenso compromiso parietal (**Figuras 4 y 5**).
- Veremos los engrosamientos nodulares milimétricos de densidad calcio, que siempre van a respetar la pared posterior (**Figura 6**).
- Por regla general no vamos a ver alteraciones significativas en el parénquima pulmonar ni en el mediastino.
- El diagnóstico diferencial se debe hacer principalmente con la policondritis recidivante. En esta entidad el engrosamiento nodular es raro.



a



b

Figura 3 a y b. Radiografía de tórax posteroanterior (a) y lateral (b) de la paciente de nuestro caso solicitada como preoperatorio. El estudio no mostró alteraciones significativas.

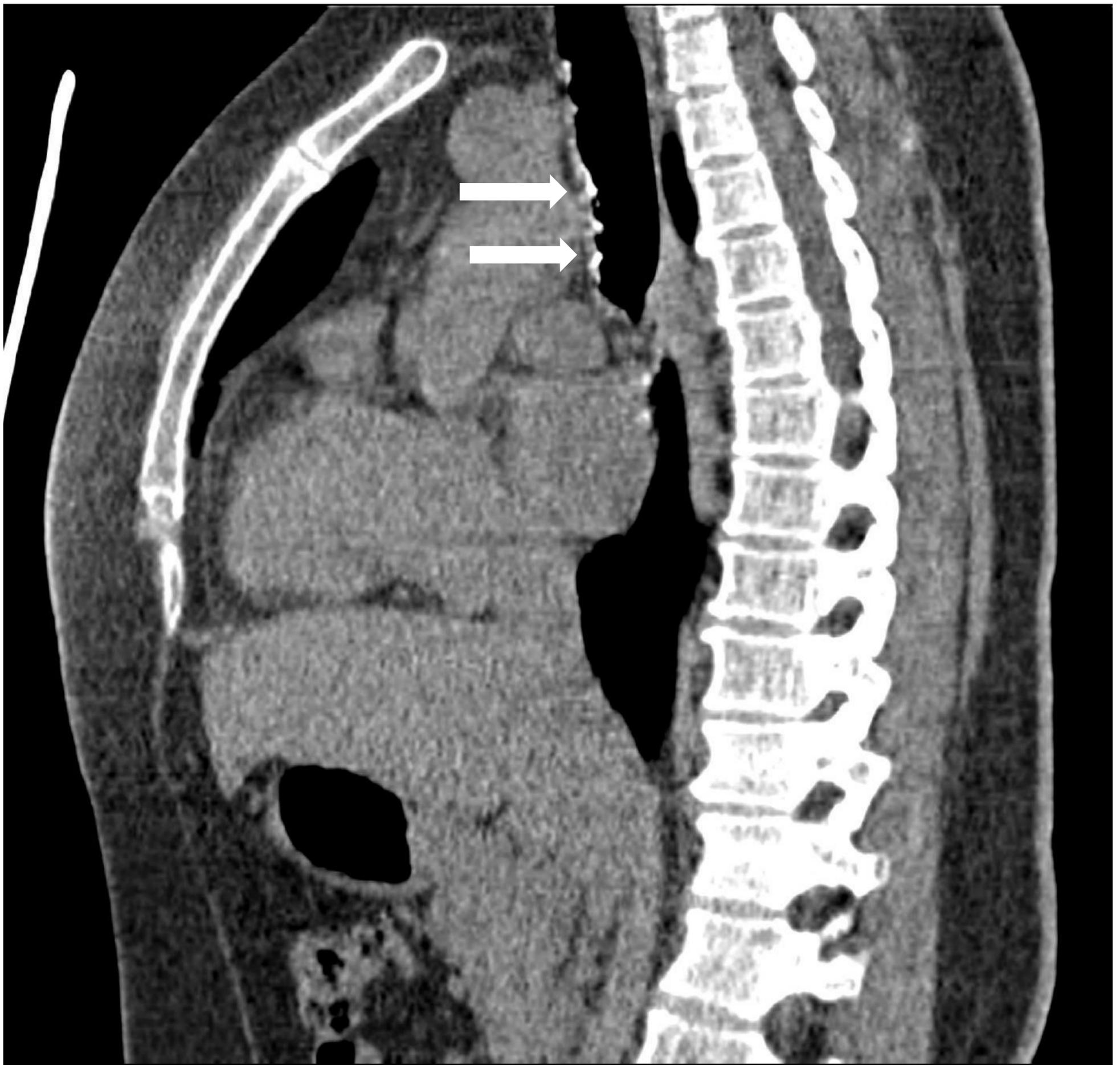
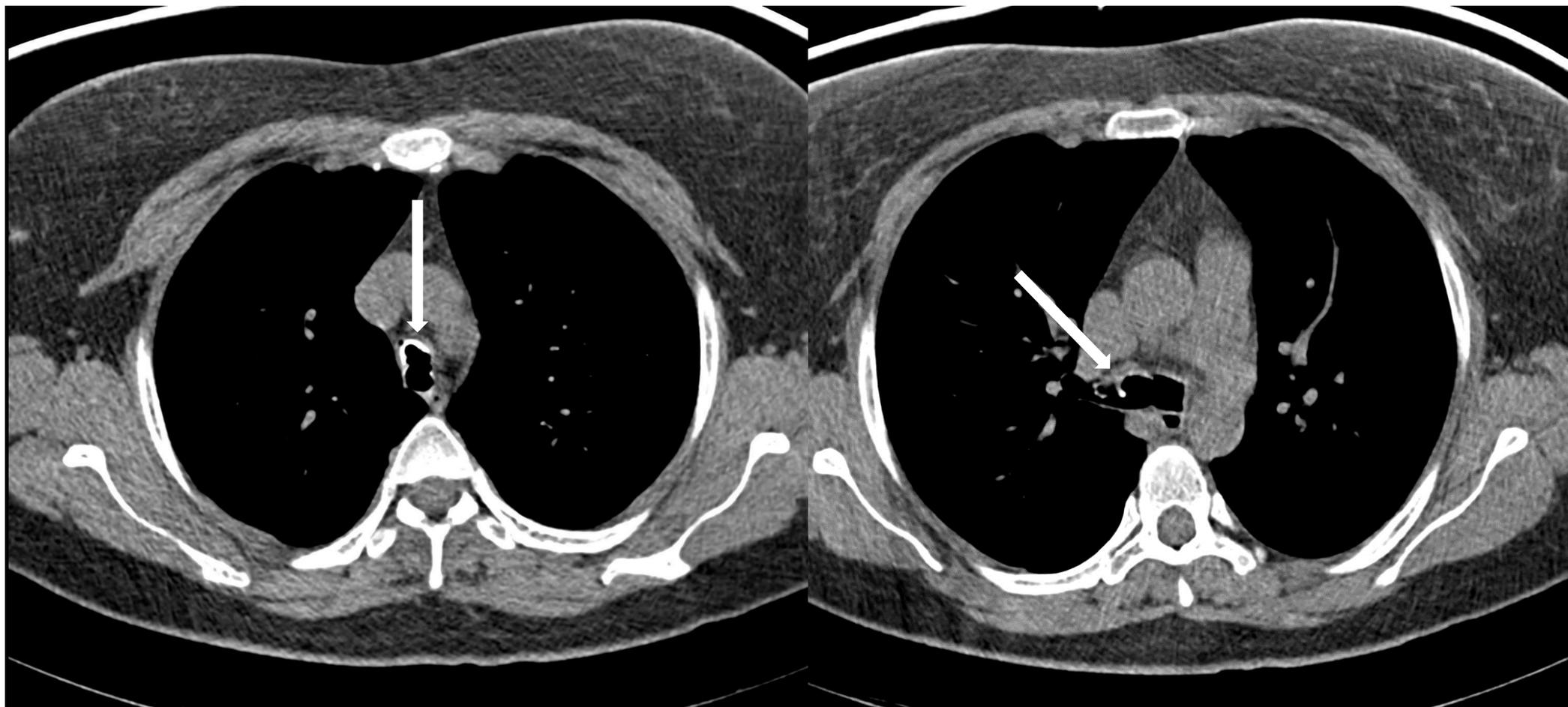


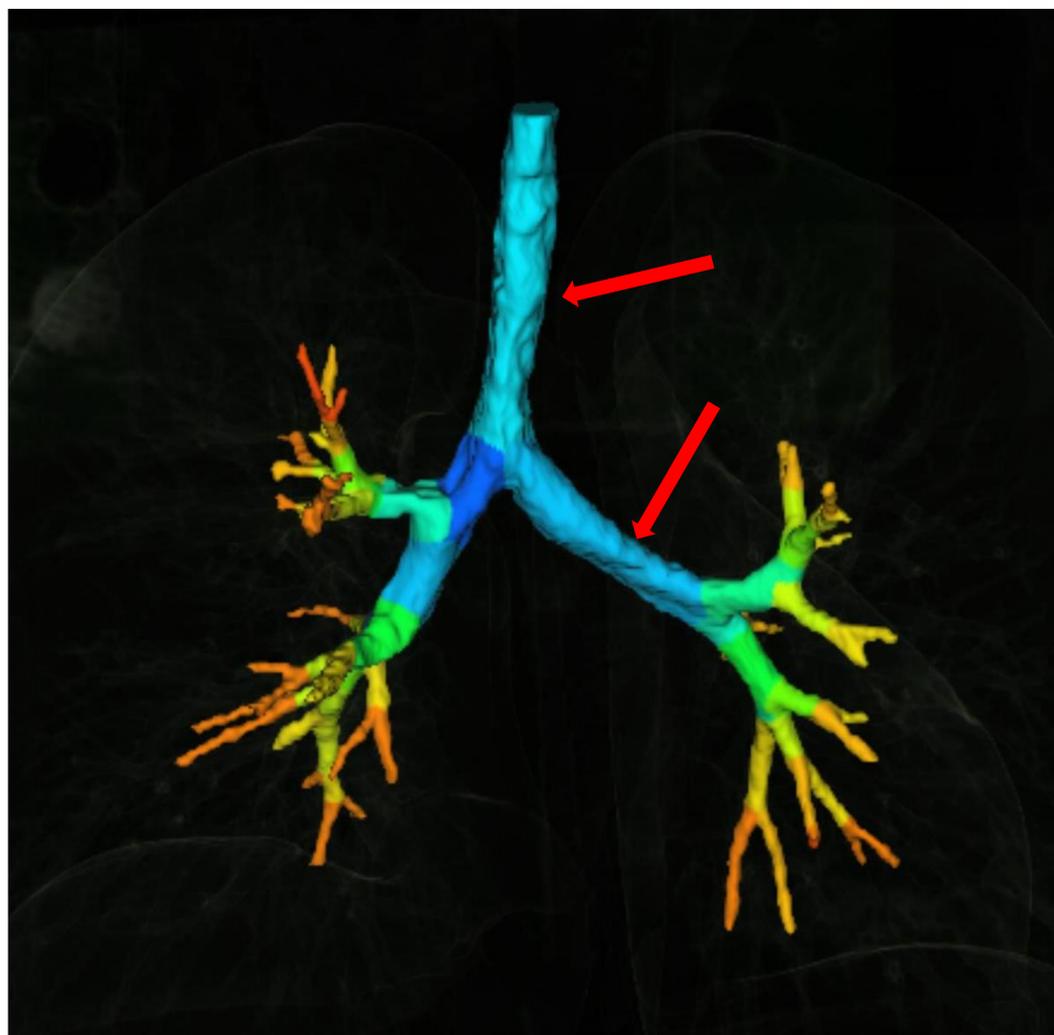
Figura 4. TC que se le realiza a la paciente de la figura 3 por dificultades para la intubación en quirófano. Reconstrucción sagital donde se demuestran los engrosamientos nodulares y milimétricos (flechas blancas) sin afectar a la pared posterior.



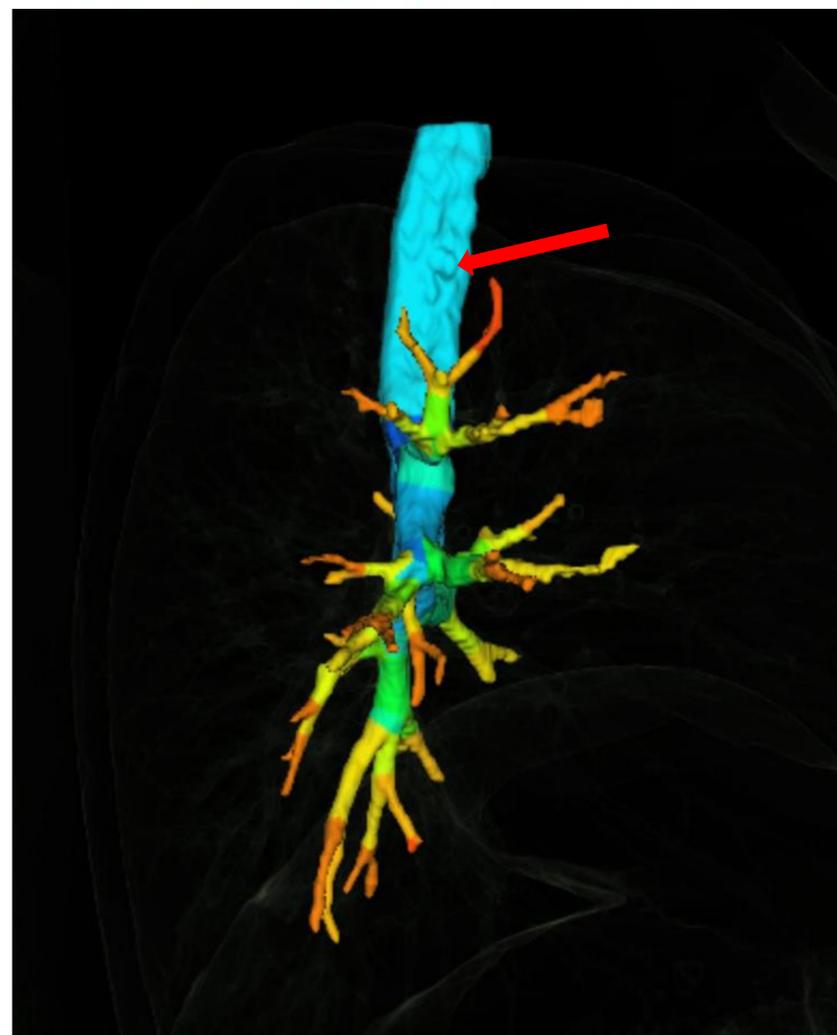
a

b

Figuras 5 a y b. Misma paciente que en la figura 4. Cortes axiales donde se ve la afectación de la tráquea **(a)** y del bronquio principal derecho **(b)** (flechas blancas). En el parénquima pulmonar no se visualizó patología relevante.



a



b

Figuras 6 a y b. Misma paciente que las figuras 3, 4 y 5. Reconstrucción 3D donde se ven los engrosamientos nodulares y milimétricos afectando a las paredes anterior y laterales (flechas rojas). En la TO nunca se afecta la pared posterior.

REVISIÓN DEL TEMA.

- El tratamiento es conservador en pacientes asintomáticos, ya que estamos ante una entidad benigna y de curso muy lento.
- Cuando existen síntomas, generalmente se administran broncodilatadores y corticoides inhalados.
- Cuando hay infecciones respiratorias el manejo es con antibioterapia.
- Si existe una obstrucción severa de la vía aérea, se pueden realizar tratamientos broncoscópicos (ablación con laser, crioterapia).
- En casos más severos se ha intentado el tratamiento quirúrgico no siendo efectivo en muchas ocasiones.

CONCLUSIONES.

- La TO es una entidad poco frecuente que abarca desde un hallazgo casual hasta un severo compromiso de la vía aérea.
- La laringe y la región subglótica se ven afectadas en aproximadamente un 40%.
- Ante un diagnóstico diferencial de disnea y tos crónica de origen incierto, se debe tener presente la TO, ya que muchas veces es mal diagnosticada como asma bronquial.

BIBLIOGRAFÍA.

- Lucero S, de Miguel Díez J, Villar Álvarez F, et al. Traqueopatía osteocondroplásica. Rev Patol Respir 2008; 11(1): 20-21.
- Carlos Celedón L, José de Gracia K. Traqueobroncopatía osteocondroplástica: reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello 2010; 70:147-152.
- Fernández Guillan N, Martínez-Sapiñas Llanas MJ, Abelenda Pazos P, et al. La TC multidetector (TCMD) en el diagnóstico de la patología traqueal. SERAM 2012/S-1415.