



P-46 - Experiencia de los primeros diez años de nuestro programa de resecciones laringotraqueales por estenosis benigna

Monge Blanco, S.; García Gómez, F.; Sánchez Matas, C.; López Villalobos, J.L.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Realizar un análisis descriptivo de las intervenciones quirúrgicas de resección laringotraqueal por estenosis benigna realizadas en nuestro centro durante los 10 primeros años de vida del programa.

Métodos: Estudios descriptivo retrospectivo. Periodo estudiado: 2009-2019. Criterios de inclusión. Pacientes intervenidos en nuestro centro mediante resección laringotraqueal y anastomosis por estenosis de causa benigna, con seguimiento posoperatorio de al menos 1 año. Variables analizadas: edad, sexo, etiología, realización de procedimientos terapéuticos previos a la resección quirúrgica (dilataciones, fotorresecciones, traqueotomía, inserción de endoprótesis...), longitud del segmento estenótico, distancia de la estenosis a cuerdas vocales, diámetro mínimo del segmento estenótico, tipo de intervención realizada, longitud resecada, necesidad de dispositivo estabilizador posquirúrgicos (Montgomery o cánula de traqueostomía), mortalidad a 30 días, días de hospitalización, complicaciones en posoperatorio inmediato, calibre posoperatorio, presencia de síntomas y necesidad de dispositivo al año de evolución.

Resultados: 89 pacientes intervenidos, 62 mujeres (70%). Edad $52,7 \pm 14$ (19-80). Etiología: idiopática en 38 pacientes (42,7%), posintubación en 17 (19,1%), postraqueotomía en 14 (15,7%), debido a granulomatosis con poliangeítis (granulomatosis de Wegener) en 8 (9%), tras instrumentalización de la vía aérea en 6 pacientes (6,7%), postraumática en 2 (2,2%), posquirúrgica en 2 (2,2%), debido a lesión fibrocicatricial en 1 (1,2%) y por otros procesos, en 1 paciente (1,2%). Longitud media del segmento estenótico $21,1 \pm 8,1$ milímetros (rango 10-40), diámetro mínimo medio $4,4 \pm 3,3$ milímetros (rango 0-12). La distancia media de dicho segmento a las cuerdas vocales era de 13 ± 11 mm (rango 0-50). Procedimientos previos en 35 pacientes (39,3%). Tipo de cirugía: resección traqueal pura 11 pacientes, anastomosis a cricoides 20, Pearson tipo I 10, Pearson tipo II 16, Grillo en 6, Maddaus y Pearson 20 y ampliación glótica con laringofisura posterior, o intervención de Couraud, 6 pacientes. Longitud media resecada $28,45 \pm 8,4$ milímetros. 34 (38,2%) necesitaron dispositivo tras el procedimiento, 28 de los cuales (31,46%) tubo en T de Montgomery y 6 (6,74%) cánula de traqueostomía. No hubo mortalidad intraoperatoria ni en los primeros 7 días posoperatorios, aunque dentro de los primeros 30 días falleció un paciente (1,12%). 9 pacientes (10,11%) presentaron complicaciones en los primeros 30 días. 8 una única complicación y uno de los pacientes, dos. Un total de diez eventos adversos: edema de glotis 4, sangrado posoperatorio 2, dehiscencia 2, enfisema subcutáneo 1, parálisis recurrente bilateral 1. 6 pacientes precisaron reintervención (6,74%): 4 traqueotomías, 1 reinserción de prótesis de Montgomery y 1 revisión para hemostasia. Al final del seguimiento, desde el punto de vista funcional, únicamente 4 pacientes (4,49%) presentaban cierto grado de disnea, que no producía limitación para su vida habitual, mientras que 3 pacientes (3,37%) eran portadores de dispositivos de la vía aérea, siendo este una cánula de traqueostomía en todos los casos.

Conclusiones: La cirugía de resección en estenosis benigna presenta baja mortalidad e índice de complicaciones. El 92,14% de los pacientes presentan resultado excelente (sin síntomas ni necesidad de autorización de vía aérea).