



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-06 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PATOLOGÍA TRAQUEAL Y LARINGOTRAQUEAL

*Bravo Carmona, P.; Moyano Rodríguez, M.J.; Quero Valenzuela, F.; Gómez Gago, A.M.; Piedra Fernández, I.; Ruiz Zafra, J.*

*Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.*

### Resumen

**Objetivos:** Analizar la experiencia quirúrgica y los resultados de los pacientes intervenidos por patología de la vía aérea superior en la unidad.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo desde enero de 2010 a diciembre de 2019 de todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por patología traqueal y laringotraqueal. Se recogieron variables demográficas, etiología, localización, tratamiento endoscópico previo, vía de abordaje, técnica quirúrgica, longitud de resección, necesidad de tubo en T, complicaciones, reintervención, y resultados.

**Resultados:** En dicho período han sido intervenidos 19 pacientes, de los cuales 13 eran mujeres y 6 varones, con una media de edad de 55 años. Del total operados, 12 (63,2%) eran de localización subglótica o laringotraqueal, y 7 (36,6%) exclusivamente traqueal. El 84,2% (16) presentaban estenosis adquirida (7 de etiología idiopática, 5 post-intubación y 4 postraqueostomía), y el resto patología tumoral (1 caso de carcinoma adenoide quístico traqueal primario y 2 de tumor traqueal secundario a cáncer de tiroides). El 68,4% (13) fueron tratados previamente a la cirugía con tratamiento endoscópico mediante láser, dilataciones, aplicación de mitomicina, o stent de silicona. La vía de abordaje fue cervical en 18 pacientes, y cervicoesternal proximal en 1. En las lesiones de localización traqueal simple (7) se realizó resección y anastomosis termino-terminal, y en las formas subglóticas (12) se realizaron las técnicas de Pearson (2), Grillo (7) y Maddaus (3). La longitud traqueal máxima resecada fue 5 cm, con una media en la serie de 2,5 cm. Todos los pacientes, excepto uno, fueron extubados al finalizar la intervención, y se colocó tubo en T de Montgomery en 5 (3 en técnica de Maddaus y 2 en Grillo). No ocurrieron complicaciones en el 63,3% (12) de los casos. El 36,8% (7) sí presentaron complicaciones, la mayoría menores: presencia de granulomas en 5 pacientes tratados con éxito mediante resección endoscópica con láser; 2 fístulas traqueo-cutáneas que requirieron intervención para fistulectomía sin apreciarse comunicación evidente con vía aérea; 1 pequeña reestenosis tratada endoscópicamente con láser; 1 dehiscencia pequeña de la anastomosis tratada y curada con actitud expectante y conservadora; y 1 edema subglótico precoz que requirió de reintervención para colocación de un tutor en T. Los resultados fueron excelentes/buenos en 14 pacientes (73,3%), aceptables en 4 (21,1%), y 1 paciente precisó traqueostomía definitiva. No hubo mortalidad en la serie. Ninguno de los pacientes con patología traqueal pura sufrió complicaciones mayores ni requirió de reintervención, cursando con resultados excelentes en todos los casos.

**Conclusiones:** La técnica de resección y anastomosis termino-terminal en patología traqueal ofrece excelentes resultados y baja tasa de complicaciones. La patología laringotraqueal requiere de técnicas quirúrgicas más complejas, con un índice más alto de complicaciones, debiendo ser realizadas por cirujanos

con experiencia para ofrecer los mejores resultados. Actualmente, se puede dar solución a la mayoría de los problemas traqueales y laringotraqueales con buenos resultados, siendo necesaria siempre una correcta preparación quirúrgica previa para realizar la intervención en el momento óptimo, disponer de un equipo con experiencia, y medios adecuados para resolver las posibles complicaciones.