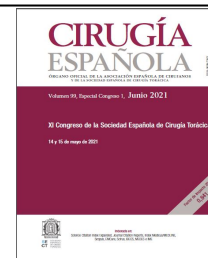




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-34 - ENDOPRÓTESIS PERSONALIZADA EN ESTENOSIS BRONQUIAL POSQUIRÚRGICA

Partida González, C.; Corpa Rodríguez, E.; Liebert Álvarez, B.; Vives Espejo Saavedra, T.; Díaz-Agero Álvarez, P.; Peñato Luengo, F.; Vicente Verdú, R.

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: Las estenosis bronquiales postquirúrgicas se producen fundamentalmente en pacientes sometidos a trasplante pulmonar, siendo bastante menor su frecuencia en resecciones pulmonares mayores. Debido al riesgo intrínseco de una segunda cirugía para restitución del calibre bronquial, no solo por las dificultades de disección del hilio sino por el aumento de las probabilidades de fístula, el tratamiento de primera elección es endoscópico.

Descripción del caso: Se presenta el caso de una paciente de 81 años al diagnóstico adenocarcinoma pT3N1M0, intervenida mediante lobectomía superior derecha por toracotomía. Durante el tiempo quirúrgico y debido a la afectación ganglionar hilar, se procedió a la resección del bronquio lobar superior a su salida inmediata del bronquio principal derecho con el fin de asegurar el margen quirúrgico a nivel oncológico. El borde quirúrgico bronquial resultó negativo en el estudio anatomopatológico intraoperatorio y presentaba una buena expansión el resto del parénquima pulmonar. En el posoperatorio inmediato, se observó en los controles radiológicos la imposibilidad de conseguir expansión pulmonar completa, por lo que tras realizarse TAC y fibrobroncoscopia, se verificó la existencia de una estenosis del bronquio principal derecho que afectaba a su circunferencia a nivel de carina traqueal. La estrategia de tratamiento endoscópico fue la primera opción dado que una reintervención no aseguraba restaurar el calibre bronquial y tenía una alta probabilidad de fístula, y la paciente no quería someterse a una nueva cirugía. En una primera instancia se colocó una endoprótesis autoexpandible, que tuvo que ser retirada por colonización y por formación de granulomas en su extremo proximal. En segunda instancia, se decidió colocar una endoprótesis de silicona que aporta el mismo sostén, es menos lesiva y su limpieza es más fácil con el fibrobroncoscopio. Sin embargo, se produjeron granulomas en la porción distal que ocluían por completo el bronquio intermediario y la malacia traqueal cerraba la porción proximal. Por tanto, se decidió realizar una endoprótesis de silicona personalizada mediante la reconstrucción de la vía aérea en 3D, lo que permitió una correcta adaptación de la prótesis a la vía aérea, sin aparición de granulomas en ninguno de los extremos y haciendo un soporte correcto de la estenosis bronquial y malacia traqueal.

Discusión: El tratamiento endoscópico de las estenosis bronquiales es una estrategia terapéutica de elección, ofreciéndole al paciente una solución poco invasiva y de bajo riesgo. El diseño de una endoprótesis personalizada es lo más importante de todo el proceso, porque la selección de las medidas adecuadas nos va a favorecer la correcta colocación de la endoprótesis, minimizando los efectos secundarios y con una buena tolerancia de la paciente.