



# Cirugía Española



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

## V-22 - ESTENOSIS SECUENCIAL DE VÍA AÉREA CON RESECCIÓN TRAQUEAL Y RECONSTRUCCIÓN CARINAL

Sánchez Matas, C.; Monge Blanco, S.; Solís Serván, M.E.; López Villalobos, J.L.; García Gómez, F.; Congregado Loscertales, M.; Andrades Sardiña, D.; de la Cruz Lozano, F.J.; Barroso Peñalver, R.; Blanco Orozco, A.I.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

### Resumen

**Introducción:** Las estenosis de vía aérea secundarias a tuberculosis son infrecuentes en nuestro medio. Su manejo puede ser complejo debido a la afectación difusa y parcheada de la vía aérea. La cirugía con resección y anastomosis es el único tratamiento curativo. Puede suponer un reto técnico, especialmente si hay compromiso de la carina principal.

**Caso clínico:** Paciente de 30 años con antecedente de asma, bronquiectasias y tuberculosis pasada con tratamiento incompleto (mala adherencia). Recidiva en los años 2011 y 2014, con fibrotórax derecho y pérdida del lóbulo superior ipsilateral como consecuencia. La paciente consulta por cuadro de disnea de meses de evolución, progresiva, llegando a aparecer en reposo. Ante sospecha de una estenosis de vía aérea es remitida a nuestro centro para valoración. Se realizó una broncoscopia flexible diagnóstica. En ella se apreció una distorsión traqueal con estenosis a nivel de tercio medio y distal que permitía el paso del broncoscopio con dificultad. La carina principal se encontraba distorsionada con pérdida del calibre del bronquio principal derecho (BPD) y abolición del bronquio lobar superior. Se decidió el abordaje quirúrgico mediante resección y anastomosis traqueal y resección del BPD, lobar superior, lóbulo superior derecho y reconstrucción carinal. El abordaje se realizó mediante toracotomía posterolateral derecha y se optó por una intubación orotraqueal con bloqueador bronquial. Fue necesaria la liberación de adherencias, especialmente a la pleura diafragmática, secundarias al fibrotórax de la paciente, para posteriormente realizar una bilobectomía superior derecha no siendo posible preservar el lóbulo medio. La sección de la vena ácigos permitió la exposición de la tráquea, localizando la estenosis mediante broncoscopia intraoperatoria. El segmento afecto fue resecado y disecado hasta obtener una luz adecuada. La intubación intracampo garantizó la ventilación de la paciente durante la cirugía. Una vez realizada la anastomosis a este nivel se procedió a intubar selectivamente el bronquio principal izquierdo. Tras la liberación de la carina principal se resecó el bronquio principal derecho así como el bronquio intermediario. La anastomosis posterior permitió la creación de una nueva carina traqueal entre el tercio distal, el bronquio principal izquierdo y el bronquio lobar inferior derecho. Una vez realizada la revisión de la aerostasia fue preciso reforzar la primera anastomosis por fuga aérea a este nivel, sin incidencias. La paciente fue dada de alta a planta de hospitalización después de 24 horas en reanimación con una buena evolución inicial. Al 5º día posoperatorio presentó un cuadro neumónico grave precisando ingreso en UCI e intubación, pudiendo ser extubada al 10º día posoperatorio y siendo trasladada a planta al 14º día de posoperatorio. Tras 24 días de ingreso fue dada de alta. Las revisiones bronoscópicas posteriores demostraron una buena cicatrización con adecuada luz traqueal, carinal y bronquial, acompañadas de una mejoría clínica significativa.

**Discusión:** El tratamiento quirúrgico de estenosis complejas que involucran a la carina requiere el manejo por centros con experiencia, especialmente en estenosis secuenciales. Los resultados son buenos a corto y largo plazo, aunque es necesario un alto nivel de vigilancia por el riesgo de complicaciones potencialmente graves.