



P-011 - NECROSIS TRAQUEAL COMO COMPLICACIÓN DE ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER DE ESÓFAGO

Ortiz Ciruela, David; Miró Martín, Mònica; Estremiana, Fernando; Bettonica Larrañaga, Carla; Aranda Danso, Humberto; Merino, David; Ginot, Inés; Farran Teixidor, Leandre

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: La necrosis traqueal tras esofaguestomía es una entidad muy poco frecuente. Se debe a una devascularización de la tráquea, siendo factores predisponentes: tratamiento radioterápico previo, linfadenectomía extensa, dehiscencia anastomótica... Existen distintos tipos y grados en función de la localización dentro del árbol traqueobronquial y afectación transmural. Desde enero del 2000 hasta mayo del 2025 se realizaron en nuestro centro 566 esofaguestomías. De estas, se han diagnosticado dos casos de necrosis traqueal (0,3%) durante el posoperatorio, los cuales se presentan a continuación.

Caso clínico: El primer paciente es un varón de 71 años, con antecedentes de carcinoma escamoso de cuerda vocal derecha cT3N0M0 que requirió tratamiento quirúrgico y radioterapia posterior, que se diagnostica de carcinoma escamoso de esófago de 1/3 medio torácico cT3N0M0, realizando tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia. Tras respuesta favorable, se realiza acondicionamiento gástrico arteriográfico y se interviene quirúrgicamente realizando esofaguestomía tipo McKeown y linfadenectomía extendida a grupo paratraqueal derecho alto. El posoperatorio transcurre sin incidencias. Una semana más tarde se diagnostica de dehiscencia anastomótica, tratada endoscópicamente. A los 20 días posintervención presenta salido de contenido gástrico por traqueostoma. Se solicita nuevo TC observando dudosa necrosis de pared bronquial derecha que se confirma por broncoscopia (tipo IV grado 2). Se inicia tratamiento con cámara hiperbárica en otro centro durante 10 sesiones. En fibrobroncoscopia de control se observa resolución de la necrosis. Durante el seguimiento presenta progresión tumoral sistémica siendo *exitus*. El segundo caso es un paciente de 52 años, diagnosticado de carcinoma escamoso de esófago de tercio medio cT3N+M0 que realizó quimiorradioterapia neoadyuvante, acondicionamiento gástrico arteriográfico y esofaguestomía McKeown robótica con linfadenectomía 3 campos. A las 24h se realiza una fibrobroncoscopia para aspiración de las secreciones sin lesiones mucosas. A los 6 días posintervención se realiza TC cervicotoracoabdominal por empeoramiento respiratorio observando pequeña dehiscencia de sutura e infiltrados bilaterales sugestivos de broncoaspiración. Se realiza nueva fibrobroncoscopia observando a nivel de carina dos lesiones de 0,5 cm necróticas y una tercera en bronquio intermedio derecho de 1,5 cm (tipo IV). Se inicia tratamiento antibiótico, con progresión de la necrosis (grado 3) e insuficiencia respiratoria grave con imposibilidad de ventilación mecánica por fuga aérea importante, siendo *exitus* a los 16 días de la intervención.

Discusión: La necrosis traqueal es una complicación muy poco frecuente, con una incidencia que oscila del 0,2 al 7% dependiendo de las series, pero de pronóstico muy grave. Dependiendo del grado de afectación el tratamiento varía desde conservador a quirúrgico, sin un consenso claro en la literatura debido a su baja incidencia. En nuestra serie en el primer caso fue de aparición tardía y grado 1, por lo que se optó por manejo conservador con resultado exitoso. El segundo caso, debido a la extensión de la necrosis, no hubo opción quirúrgica siendo el desenlace fatal.