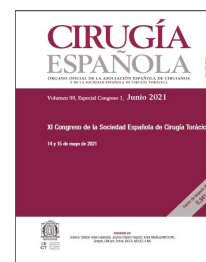




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-38 - DOBLE STENT BRONQUIAL COMO TRATAMIENTO DEL COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA POR CARCINOMA TIPO NUT

Sánchez Matás, C.; Monge Blanco, S.; García Gómez, F.; de la Cruz Lozano, F.J.; Barroso Peñalver, R.M.; Congregado Loscertales, M.; López Villalobos, J.L.; Blanco Orozco, A.I.

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: El carcinoma tipo NUT es raro, presenta un comportamiento agresivo, y afecta generalmente a pacientes jóvenes sin patología previa. Se caracteriza por la fusión BRD4-NUT, que lleva a la sobreexpresión de c-myc y la aparición de tumores predominantemente en la línea media, incluyendo cabeza, cuello y tórax entre otros. El compromiso de estructuras vitales puede suponer un problema añadido para los pacientes. El presente vídeo presenta un paciente con colapso de la vía aérea sometido a tratamiento protésico con doble stenting para repermeabilizar el bronquio principal izquierdo.

Descripción del caso: Varón de 25 años, sin antecedentes médicos de interés, residente en Portugal. Diagnosticado de carcinoma pulmonar tipo NUT estadio IVb, con lesiones pleurales, pulmonares, adenopatías mediastínicas, metástasis hepática, suprarrenal y óseas. Dada la rareza de la enfermedad es valorado para inclusión en ensayo clínico en nuestro país, realizando traslado hasta el hospital referente. Durante el trayecto sufre de forma brusca disnea progresiva hasta hacerse de reposo. Acude a urgencias del centro hospitalario más cercano, precisando oxigenoterapia con reservorio, con SaO₂ 89% que remota al 95% tras tratamiento. Asocia taquicardia de hasta 110 latidos por minuto, e hipoventilación en hemitórax izquierdo. Ante sospecha de tromboembolismo pulmonar se decide realización de angioTAC torácica. En ella presenta como hallazgo incidental compromiso de la vía aérea, con colapso parcial de bronquio principal derecho e invasión tumoral de bronquio principal izquierdo. Dada la inestabilidad respiratoria del paciente se realiza una broncoscopia flexible para su valoración, corroborando los hallazgos de la TAC torácica y objetivando permeabilidad del árbol bronquial izquierdo una vez superada la porción infiltrada por el tumor. Se decide la repermeabilización mediante broncoscopia rígida de forma urgente. Tras la intubación mediante el traqueoscopio se objetiva compromiso del bronquio principal derecho por compresión extrínseca, no repermeabilizable, con preservación del bronquio lobar superior. A nivel del nacimiento del bronquio principal izquierdo existe invasión y proliferación tumoral que no permite la ventilación. Tras un debulking exhaustivo mediante el broncoscopio, se procede a la colocación de una prótesis bronquial simple de silicona, no logrando sobrepasar el bronquio en su totalidad por lo que se refuerza mediante una prótesis metálica recubierta, con adecuada expansión y permeabilidad. El paciente puede ser extubado en quirófano. El posoperatorio inicial se ve marcado por las secreciones hemoptoicas, con mejoría posterior permitiendo la retirada paulatina de la oxigenoterapia y la recuperación de la situación basal del

paciente. Comienza con tratamiento quimioterápico sin incidencias pudiendo ser alta hospitalaria. En la revisión fibrobroncoscópica a las dos semanas la permeabilidad estaba conservada, con respuesta al tratamiento quimioterápico y repermeabilización del bronquio principal derecho.

Discusión: El carcinoma tipo NUT presenta un comportamiento agresivo, afecta a pacientes jóvenes, y puede comprometer estructuras vitales de la línea media, su ubicación predilecta de aparición. Esto puede suponer un compromiso de la vía aérea, lo que supone un reto terapéutico importante. La broncoscopia rígida puede ofrecer una alternativa eficaz para el manejo de los pacientes mediante el debulking tumoral y el tratamiento protésico de las estenosis de vía aérea principal.