



V-26 - CIRUGÍA LARINGOTRAQUEAL COMPLEJA EN UNA PACIENTE NO MENOS COMPLEJA

Francisco Rivas Doyague, Anna Muñoz Fos, Inés Serratosa de Caralt, Ricard Ramos Izquierdo, Iván Macia Vidueira, Anna Ureña Lluveras, Carlos Deniz Armengol, Camilo Moreno Mayorga, Rosa López Lisbona e Ignacio Escobar Campuzano

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Introducción: La patología de la vía aérea principal representa un reto que nos obliga a individualizar tanto las indicaciones como los tratamientos a los que sometemos a nuestros pacientes, con el fin de ofrecer la máxima probabilidad de éxito en cada procedimiento; esto significa asegurar funciones básicas como son la respiración, la deglución y la fonación, evitando la traqueostomía permanente. Para ello es determinante un enfoque multidisciplinar y el consenso en un comité especializado, incluyendo tanto a neumólogos broncoscopistas, otorrinos y cirujanos torácicos, así como la figura de la enfermería clínica especializada.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 57 años con antecedente de una enfermedad autoinmune (ANCA positivos) tipo granulomatosis con poliangeítis, en tratamiento con azatioprina y corticoides, sometida a los 20 años a una septoplastia, con una estenosis subglótica intervenida en varias ocasiones por el servicio de otorrinolaringología, destacando: Octubre 2005: Intervención de Rethy con laringofisura posterior y tutor de Montgomery. Junio 2010: reapertura de traqueotomía. En 2011: reintervención de Rethy con tutor de Montgomery retirado en marzo de 2021. La paciente, a pesar de la recidiva de la estenosis, se mantiene estable respiratoriamente hasta junio 2021, refiriendo empeoramiento respiratorio, aumento de la disnea y del estridor inspiratorio. Se presenta en el Comité de Vía Aérea Principal de nuestro hospital, donde se realiza estudio actualizado. Broncoscopia: se emplea broncoscopia ultrafino de 4 mm: cuerdas móviles, presenta una doble estenosis: justo por debajo de cuerdas vocales presenta estenosis cicatricial que deja una luz del 30% aproximadamente (F2C2L1). Por debajo de esta, a nivel de 2º anillo, presenta aproximación de las paredes laterales con disminución del calibre y componente de colapso dinámico completo con la tos (F3C3L2), con un total de unos 3 cm de longitud. Resto de tráquea normal. TC cervical: cambios secundarios a cirugía laríngea, disminución de calibre subglótico: estenosis concéntrica 9,5 × 8,3 × 6,5 mm. Caudalmente, alteración de la morfología de la tráquea, diámetro 18 × 6 mm. Decisión: proponer reintervención: operación de Maddaus/operación Coureaud según los hallazgos intraoperatorios, evitando interposición de injertos y evitando la necesidad del uso de tutor de Montgomery si es posible. La paciente acepta, se somete a resección cricotraqueal con laringofisura anterior, laringofisura parcial posterior, sin interposición de injertos, cobertura con *flap* de mucosa traqueal, cierre de laringofisura anterior, sutura de la cara anterior y traqueostomía de protección. Presentando durante la cirugía importantes cambios fibrocicatriciales secundarios a las cirugías

previas, sobretodo a nivel anterior del cartílago cricoides y tiroides, así como a nivel del sello cricoideo, lo que dificulta la disección; de forma conjunto con el equipo de ORL. El posoperatorio cursa sin incidentes, pudiéndose retirar la traqueostomía a los 7 días posquirúrgicos, sin complicaciones.

Discusión: La cirugía laringotraqueal requiere un equipo multidisciplinar entrenado en el diagnóstico, manejo pre-/posoperatorio y tratamiento de estos pacientes, con experiencia en procedimientos de alta complejidad. En manos de equipos experimentados se ha observado una clara disminución tanto del uso de tutores de Montgomery como de traqueostomías de protección.