



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-032 - ESTENOSIS TRAQUEAL CRÍTICA SECUNDARIA A BOCIO ENDOTORÁCICO RECIDIVADO

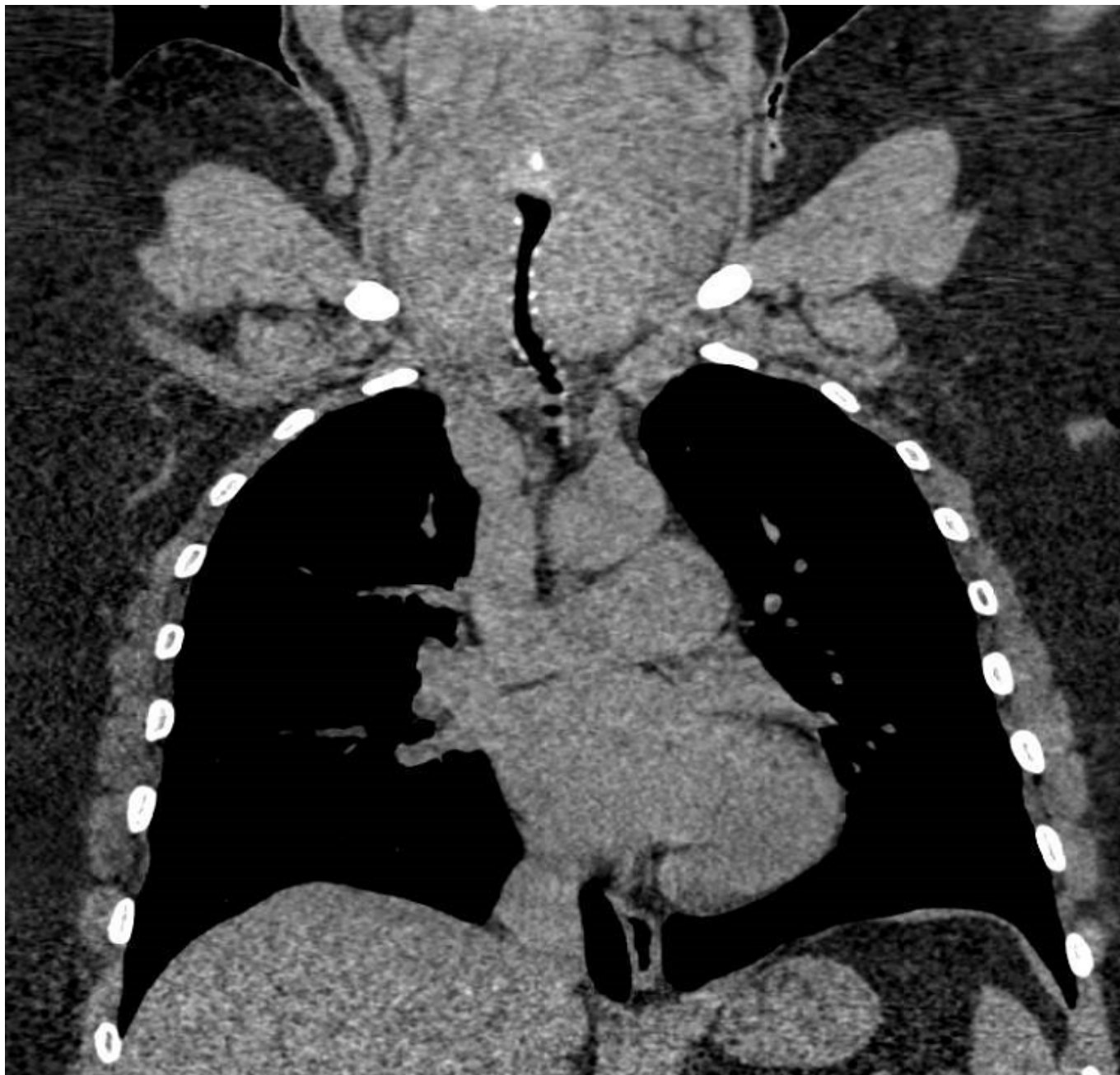
González Cano, Javier; Jiménez Mazure, Carolina; Rodríguez Silva, Cristina; Pulido Roa, Isabel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El bocio multinodular (BMN) es una causa poco frecuente de estenosis traqueal, aunque grandes bocios endotorácicos pueden causar una compresión traqueal extrínseca que en casos severos cursa con síntomas respiratorios y que, alargada en el tiempo, puede conducir a una traqueomalacia por debilidad de la pared traqueal y llegar a poner en peligro la vida del paciente.

Caso clínico: Mujer de 61 años, con BMN conocido de 30 años de evolución e intervenida en dos ocasiones de tiroidectomía subtotal. En estudio nuevamente por BMN tóxico que asocia disnea de esfuerzo progresiva. Ingresa de forma urgente por disnea y estridor secundaria a estenosis traqueal crítica por gran BMN intratorácico, agravada por infección respiratoria, evidenciándose en TC de cuello compresión y desplazamiento traqueal, con un diámetro mínimo de 3-4 mm. Se coloca una endoprótesis traqueal metálica para resolver el cuadro agudo y como puente a una cirugía programada. Finalmente se realiza tiroidectomía totalizadora de gran BMN con extensión retrofaríngea y endotorácica, sin complicaciones intraoperatorias. Tras la tiroidectomía se aprecia tráquea malácica, por lo que se decide mantener la endoprótesis ante el riesgo de colapso traqueal. A las 24h, tras retirada de prótesis, se realiza en el mismo acto traqueotomía urgente de necesidad, con buena evolución posterior, siendo dada de alta a los 7 días de la cirugía. Tras varias semanas, se decanula de forma ambulatoria tras comprobar mediante broncoscopia resolución de la patología traqueal.



Discusión: La obstrucción de la vía aérea secundaria a estenosis traqueal severa es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave en pacientes con grandes BMN, siendo el síntoma más común la disnea de esfuerzo. Una de las posibilidades para su manejo es la colocación de una prótesis endotraqueal. Usada en sus inicios como tratamiento paliativo en obstrucciones traqueales malignas, cada vez es más empleada en patologías benignas como la estenosis traqueal secundaria a BMN y como puente a la cirugía. Reduce los riesgos preoperatorios al resolver el problema respiratorio agudo, disminuye el riesgo de colapso traqueal durante la inducción anestésica secundario a la relajación del músculo liso traqueal, lo que impediría la correcta ventilación de estos pacientes, y permite una extubación segura en casos de traqueomalacia postquirúrgica. A pesar de sus buenos resultados, no están exentos de complicaciones (migración, obstrucción), aunque son más frecuentes a largo plazo. La colocación de una prótesis endotraqueal en casos de estenosis traqueal significativa y sintomática es una opción eficaz previa a la cirugía, pues facilita el manejo de la vía aérea y disminuye el riesgo de colapso traqueal, si bien en nuestro caso no evitó la necesidad de traqueotomía, probablemente por el intento de retirada precoz del stent.