

ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA LUEGO DE LA INTUBACION

Dr. A.E. Ortiz Naretto *
Dr. R.M. Duré
Dr. A. Briozzo
Dr. A. Sansostera
Dr. A. Olenchuk

INTRODUCCION

La estenosis traqueal (ET) definida como la disminución de la luz traqueal por un proceso inflamatorio traumático evaluado por endoscopia (foto 1), con el antecedente de intubación orotraqueal o traqueostomía y anatomía patológica compatible con el proceso. Tiene una incidencia del 5 a 20% post-intubación, con una mortalidad global del 10%¹ y debido al progresivo y creciente número de pacientes que requieren asistencia ventilatoria mecánica (AVM) nos encontramos con un aumento paralelo de pacientes que presentan compromiso obstructivo inflamatorio de la tráquea.

La conducta inicial que garantice la ventilación del paciente a través de la broncoscopia rígida 5 con o sin uso de láser o electrocauterio 2-3-4-5 y la definitiva que lo lleve a la estabilidad de la vía aérea por media de la cirugía son los dos momentos más importantes en la conducta en la estenosis traqueal (ET). Si bien la conducta quirúrgica es la resolución del problema⁵, en muchos casos no es posible hacerlo por lo que el tratamiento endoscópico pasa a ser la alternativa.

Se presenta la evaluación retrospectiva de las conductas tomadas en los primeros años de trabajo.

OBJETIVO

Evaluar la conducta inicial ante pacientes con estenosis traqueal. Observar las complicaciones, síntomas más frecuente y su tiempo de aparición.

MATERIAL Y METODOS

Se evaluó en dos Hospitales uno general de Agudos y otro de Infecciosas (Centro de referencia en endoscopia peroral del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires) en forma retrospectiva entre enero de 2000 y enero de 2003 a 34 pacientes; 23 masculinos y 11 femeninos con una edad promedio de 39.6 años, rango 16 a 82.

RESULTADOS

Hemos observado que la disnea fue el síntoma cardinal en la mayoría de los

* HIGA "P. Fiorito", Provincia de Bs. As. y Hospital "FJ Muñiz" de la Ciudad Autónoma de Bs.As.
Contacto: aortiz@intramed.net

pacientes, 76 %, siendo la clase funcional III/IV (gráfico 1). El tiempo promedio en realizar la primer consulta luego de la extubación fue de 15.9 días, con un rango de 1 hora a 60 días. En 3 pacientes el tiempo de consulta fue posterior al año de la extubación, uno a los 25 años y los otros 2 a los 2 años.

La conducta inicial fue la dilatación con el broncoscopio rígido en 31 pacientes (91,17%, foto 2), dos pacientes se traqueostomizaron y a uno se lo dilato y colocó una prótesis en el acto inicial (grafico 2).

Se colocó prótesis a 16 pacientes, 8 como tratamiento definitivo por comorbilidades, enfermedad neurológica avanzada en 7 pacientes a los que se les colocó prótesis (Stening tipo Montgomery), y al restante debido a enfermedad debilitante terminal, se le colocó una prótesis traqueal.

A los 8 pacientes restantes se les puso una prótesis traqueal buscando la estabilidad y eventual cirugía.

De los 18 pacientes a los que no se les colocó prótesis, 4 no regresaron a la consulta hospitalaria y 4 fallecieron a la espera de una conducta definitiva por causas ajenas a la ET.

A 10 pacientes se los manejo con dilatación (29%), a 5 se los dilató por última vez hace más de 1 año y los otros 5 pacientes entre 5 meses y 1 año desde la última dilatación están libres de síntomas.

Las complicaciones que presentaron los pacientes con prótesis fueron la migración (foto 3) que requirió cambio en la medida de la prótesis (un paciente), granulomas proximales (tres pacientes, foto 4) y un paciente que hubo que retirarla para colocar una cánula de traqueostomía por presentar macroaspiración (enfermedad neurológica severa).

Fallecieron 7 pacientes durante el seguimiento: cuatro por su enfermedad de base, uno por depresión, uno por insuficiencia respiratoria y uno durante la dilatación de urgencia por hemoptisis masiva.

DISCUSION

La estenosis traqueal es una enfermedad benigna desde el punto de vista celular, pero la dificultad en el manejo inicial (dilatación, prótesis, traqueostomía) y definitivo 6 (quirúrgico) es compleja en la mayoría de los centros en la provincia de Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, dado que no hay frecuentemente muchos centros con la capacidad de responder a las necesidades de estos pacientes.

El algoritmo de trabajo que nuestro grupo propone es buscar el control de la ventilación a través de la dilatación como primer gesto, y luego es variado debido a las dificultades de insumos y derivación a centros quirúrgicos donde se realice cirugía de tráquea.

Así, la primera intervención para estabilizar la vía aérea es la dilatación con broncoscopio rígido 5 de Chevallier Jackson modificado (Gil López y Cía.) y resección con pinzas si fuese necesario sin el uso de láser o electrocauterio en el episodio agudo, como refieren otras publicaciones 2-3.

En los pacientes que se encontraban a mas de 100 Km de distancia, sintomáticos en especial si se constató una disminución de la luz traqueal a menos de 3 mm, dado el gran riesgo de muerte por asfixia durante el traslado, le recomendamos la realización de traqueostomía 4 para estabilizar la vía aérea.

Esto hace que los pacientes lleguen además al centro especializado en mejores condiciones ya que el estrés que suelen sufrir los días previo por la dificultad ventilatoria y el hecho que aun no están recuperados de la causa que los llevo a la AVM aumenta las complicaciones y la mortalidad de la dilatación de urgencia (dentro de las 24 horas) y mucho mas aun si se requiere un procedimiento de emergencia en forma inmediata.

Dentro de las complicaciones, la migración de un prótesis indica una mala elección del diámetro de la misma ya que esta debe ser más grande; los granulomas los encon-

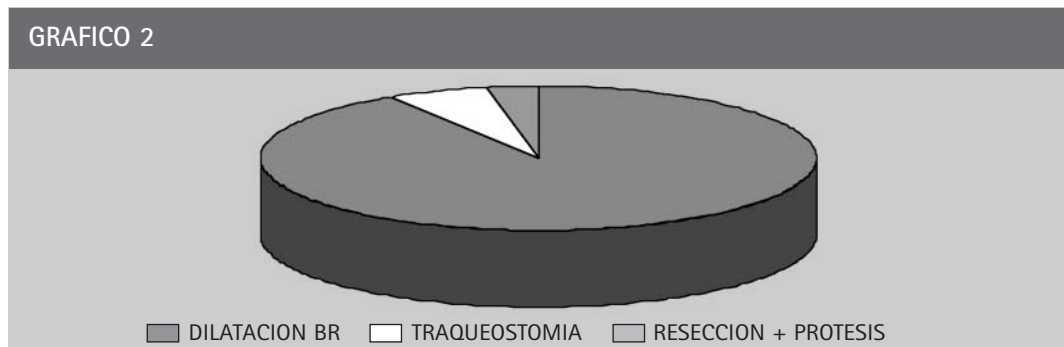
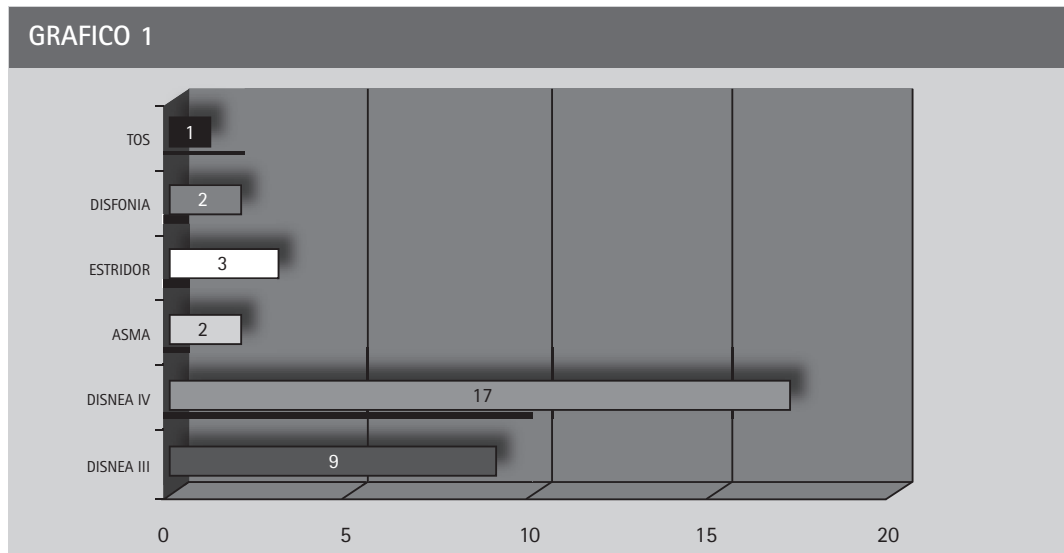
tramos en la parte proximal y no requirieron tomar una conducta. En nuestra serie la mortalidad fue casi del 3% en la estabilización broncoscópica inicial, y la global durante la evolución del 20.59%, siendo en otras series del 10% lo que esta influenciado por la gravedad del trauma inicial de los pacientes 1.

Todos los pacientes una vez dilatados se inicia el requerimiento de una prótesis y derivación a un centro de cirugía de traquea. Se los controla clínicamente (síntomas, espirometria, tomografía lineal/TC vías aéreas) lo que indica la necesidad o no de control endoscópico y en caso de requerir nueva dilatación se coloca una prótesis si hay contraindicaciones quirúrgicas transitorias (desnutrición, necesidad de otros

procedimientos quirúrgicos) o definitivas (lesión neurológica, tumores terminales, etc).

CONCLUSIONES

En un paciente con disnea o estridor que tiene el antecedente de haber estado intubado en los dos meses previos a la consulta, en especial a las dos semanas, es mandatorio realizar una fibrobroncoscopia y dilatación como primer gesto terapeutico hasta decidir la conducta definitiva según sea quirúrgico o no. La mortalidad de la dilatación con endoscopia rígida en la urgencia fue de del 2.9% y la global del 20%.



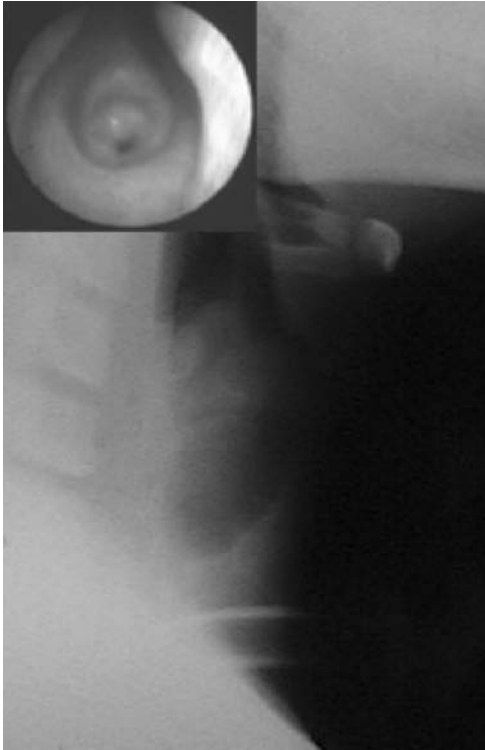


Foto 1

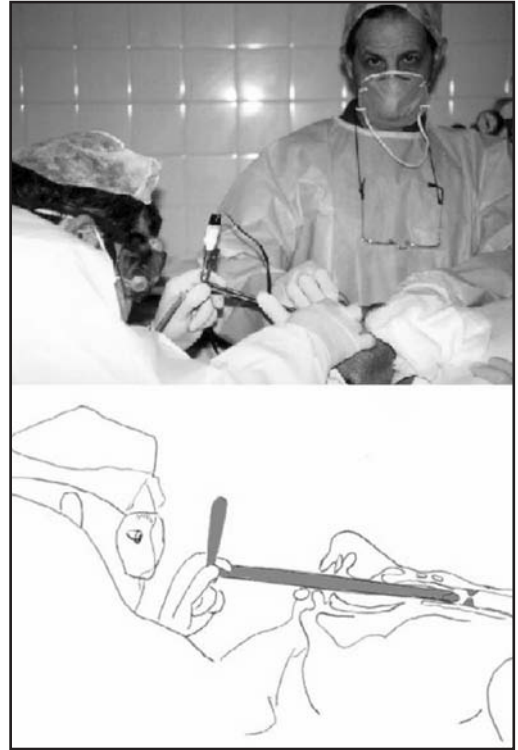


Foto 2

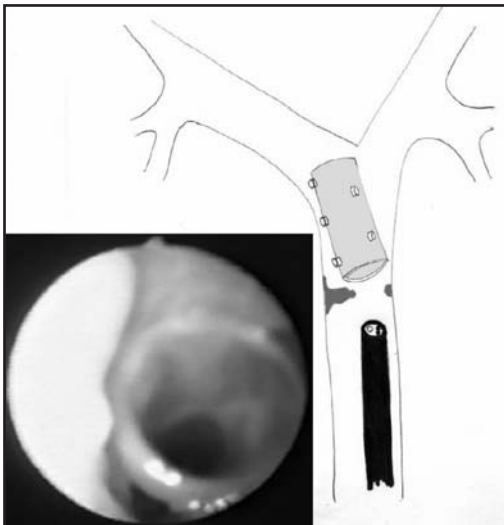


Foto 3

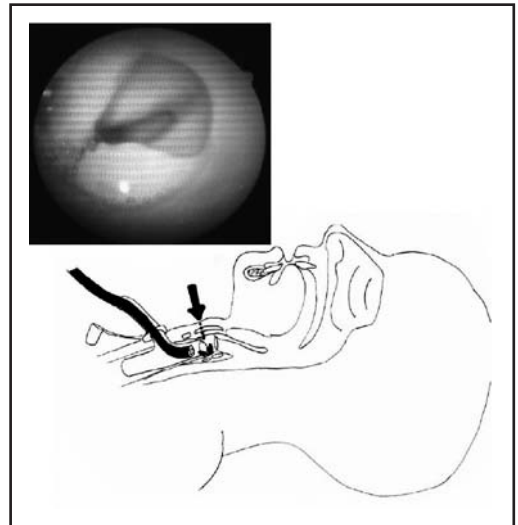


Foto 4

Bibliografía

1. Diaz Jiménez JP, Rodríguez AN. Neumonología inter-
vencionista. Capítulo 7.4.2. pagina 114.
2. Colt HG, Harrell JH. Therapeutic rigid bronchoscopy
allows level of care changes in patients with acute res-
piratory failure from central airways obstruction. *Chest*
1997; 112: 202-206.
3. Brichet A, Verkindre C, Dupont J, et al.
Multidisciplinary approach to management of postintu-
bation tracheal stenoses. *Eur Respir J* 1999; 13: 888-
893.
4. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD, Mehta AC.
State of the Art: central airway obstruction. *Am J Respir
Crit Care Med* 2004; 169: 1278-1297.
5. Stephens KE and Wood DE. Bronchoscopic manage-
ment of central airway obstruction. *J Thorac Cardiovasc
Surg* 2000; 119: 289-296.
6. Ciccone AM, De Giacomo T, Venuta F et al. Operative
and non-operative treatment of benign subglottic
laryngotracheal stenosis. *Eur J Cardio-thoracic Surg*
2004; 26: 818-822.