

Compresión traqueal. Imagen endoscópica

PATRICIA AGUILAR RODRÍGUEZ,* FRANCISCO P. NAVARRO REYNOSO,** RAÚL CICERO SABIDO***

Paciente femenino de 56 años de edad que ingresa con el diagnóstico de disnea progresiva de aproximadamente 5 semanas de evolución acompañada de tos seca con expectoración hialina en las mañanas al levantarse muy escasa, ha presentado fiebre de hasta 39 grados centígrados de predominio vespertino durante el mismo periodo, además de pérdida ponderal de aproximadamente 6 kilogramos. Dentro de sus antecedentes personales patológicos no cuenta con ninguno, así mismo sus antecedentes personales no patológicos refieren tabaquismo y alcoholismo negados. Sus antecedentes ginecoobstétricos, menarca a los 14 años, G II PII, con fecha de última regla a los 45 años. A la exploración física con tensión arterial de 120/85, frecuencia cardiaca de 70 por minuto, frecuencia respiratoria de 20 por minuto con temperatura de 36.5 grados centígrados. Cabeza sin alteraciones, cuello se palpan algunas adenomegalias, auras, no dolorosas de aproximadamente 3 mm de diámetro, no presenta injurgitación yugular y los pulsos carotídeos son homócloros y sincrónicos con el latido cardiaco. No se palpa tiroides. Tórax anterior con ruidos cardíacos rítmicos sin fenómenos agregados, se le ausculta estridor traqueal sobre la línea media a nivel del cuarto espacio intercostal. Tórax posterior sólo se encontró disminución de los ruidos respiratorios sin integrarse ningún síndrome pleuropulmonar. Abdomen blando, depresible, no doloroso, sin palpase visceromegalias. Peristalsis normal. Miembros superiores normales, inferiores con edema hasta tercio medio de la tibia, blando, no doloroso. El resto de la exploración dentro de límites normales. A su ingreso se le tomaron exámenes de laboratorio anotándose solamente los exámenes que se reportaron alterados. Biometría hemática con hemoglobina de 11.3 grs., hematocito de 33.9, fórmula blanca con leucocitos de 5,300, segmentados de 66%, eosinófilos

de 4%, linfocitos de 30%, plaquetas 90,000. Tiempos de coagulación con TP de 54%, TPT 38 segs. Pruebas de función hepática con bilirrubina total de 3.2, directa de 1.0, indirecta de 2.2. fosfatasa alcalina de 87, transaminasa oxaloacética 56, transaminasa pirúvica 67 y deshidrogenasa láctica de 245. A su ingreso se le realizó una tele de tórax en la que se evidenció un ensanchamiento mediastinal por arriba del botón aórtico bilateral de predominio izquierdo, con desviación de la tráquea hacia la derecha. Con los hallazgos clínicos y radiológicos se programa para la realización de una endoscopia en la que se encontró una compresión extrínseca de la tráquea a nivel del 8°, 9° y 10° anillos traqueales de atrás hacia delante y de izquierda a derecha que permitía pasar el broncoscopio aunque con cierta dificultad (figura 1). A la paciente se le realizó una tomografía de tórax en donde se evidenció una tumoración peritraqueal que desviaba la tráquea hacia la derecha, bien delimitada, sólida con 90 UH de densidad medida y con dimensiones de 4 x 3 cms. Pruebas de función tiroidea normales y gammagrama tiroideo con captación de la glándula normales. Se le sometió a toracotomía exploradora posterolateral izquierda pudiéndose resear la tumoración en su totalidad teniéndose como reporte histopatológico de tiroides ectópico.

COMENTARIO

La obstrucción de la tráquea o de un bronquio principal es el resultado de varias causas y a veces representa ser un problema terapéutico para el broncoscopista.^{1,2} Las lesiones más comunes son las lesiones malignas y causan obstrucción por la presencia de tumor endobronquial o por compresión extrínseca de tumores o ganglios mediastinales.^{1,2} Las estenosis benignas pueden ser causadas por lesiones inflamatorias o también por daño de la vía aérea por intubación prolongada. Nuevas técnicas pueden ser usadas para restablecer la permeabilidad de la vía aérea que incluye el uso de crioterapia y la laser terapia aunque debe de tomarse en cuenta que estas técnicas pueden dañar la pared traqueal y bronquial pudiéndose incluso perforar la misma.³ La

* Residente de tercer año.

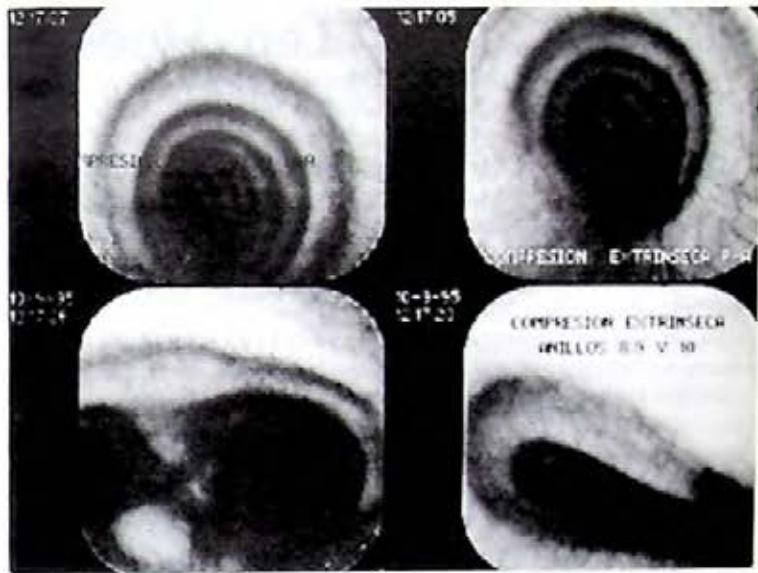
** Jefe del Servicio de Cirugía y Endoscopia Torácicas.

*** Jefe del Servicio de Neumología.

Unidad de Neumología Alejandro Celis. Hospital General de México, SS. Facultad de Medicina, UNAM.

Recibido: enero, 2000. Aceptado: febrero, 2000.

Figura 1. Arriba a la derecha: vista del tercio superior de la tráquea en donde se observa compresión extrínseca de la vía aérea. Arriba a la izquierda: vista del tercio superior de la tráquea con el broncoscopio un poco más adelante que la imagen anterior. Abajo a la derecha: compresión extrínseca de los anillos 8, 9 y 10 con obstrucción del 80% de la luz. Abajo a la izquierda se observa la carina principal.



obstrucción ya sea por procesos benignos o malignos causan disnea progresiva y eventual hipoxemia. El broncoscopista debe seleccionar el método ideal de acuerdo al tipo de lesión encontrada. La resección quirúrgica de las lesiones con reconstrucción de la vía aérea es el tratamiento de elección en todos aquellos casos donde la obstrucción es debida a lesiones benignas, desafortunadamente en la presencia de lesiones malignas de la vía aérea la opción quirúrgica no ha demostrado ser la mejor optándose por el uso del laser, crioterapia, braquiterapia, radioterapia externa e incluso el uso de prótesis.^{3,5} Algunos pacientes pueden ser candidatos a resección quirúrgica, sin embargo por su condición cardiovascular no es posible la resección quirúrgica, por lo que se puede entonces usar algunas de las opciones mencionadas. Algunas otras opciones pueden ser la dilatación ya sea con el broncoscopio rígido, con balón de dilatación pueden ser usados con un fin paliativo o temporal, pudiéndose repetir el procedimiento.^{4,6} Las prótesis endotraqueales han sido aceptadas cada día más que permiten mantener abierta la vía aérea, algunas de ellas por ejemplo son las prótesis de Dumon, Freitag, entre otras, o las nuevas expandibles que se han iniciado su uso extensamente en la Cleveland Clinic por el Dr. Atul Meta.^{4,5}

El papel de la broncoscopia en el diagnóstico y tratamiento de la obstrucción traqueobronquial causada por lesiones malignas y benignas es muy efectivo y todo neumólogo debe conocer las opciones que existen para resolver la obstrucción de la vía aérea.^{3,6}

REFERENCIAS

1. Grillo HC. Congenital lesions, neoplasms and injuries of the trachea. In: Sabiston DC, Spencer FC. Edltado en *Surgery of the Chest*. 5ª. Philadelphia: WB Saunders, 1990:335-71.
2. Miller RD, Hyatt RD. Evaluation of obstructing lesions of the trachea and larinnx by flow-volume loops. *Am Rev Resp Dis* 1973;108:475-81.
3. Dumon JF, Shapsshay S, Bourcerean J, Cavaliere S, Meric B, Garb N, Beams J. Principles for safety in application of neodymium-YAG laser in bronchology. *Chest* 1984;86:163-8.
4. Simonds AK, Irving JD, Clarke SW, Dick R. Use of expandable metal stents in the treatment of bronchial obstruction. *Thorax* 1989;44:680-1.
5. Dumon JF. A dedicated tracheobronchial stent. *Chest* 1990;87:328-32.
6. Schafers HJ, Haydock DA, Cooper JD. The prevalence and management of bronchial anastomotic complications in lung transplantation. *J Thorax Cardiovasc Surg* 1991;101:1044-52.