



MESA REDONDA. PATOLOGÍA TRAQUEAL

Introducción

J. Pérez Frías

HMI Carlos Haya, Facultad de Medicina, Málaga, España

La patología traqueal ha experimentado estas últimas décadas un sostenido incremento en lo que a número y variedad de anomalías se refiere.

La pérdida de calibre de la traquea puede obedecer a diferentes causas, siendo la mayor de ellas, por su frecuencia, la intubación prolongada. De todas las etiologías conocidas con capacidad de provocar enfermedad traqueal, como neoplásica y infecciosa, autoinmune, entre otras, es la que denominamos traumática interna la que ha experimentado el mayor aumento.

Causantes indirectos de esto son los servicios de UCI neonatales y UCI pediátricos que, con las mejoras técnicas y científicas logradas en los últimos años, han posibilitado la supervivencia de pacientes cuyas enfermedades en el pasado culminaban con el óbito y que actualmente sobreviven a costa de una ventilación asistida prolongada; lo cual provoca que una vía aérea agredida durante tanto tiempo reaccione de forma frecuente con estenosis o malacia, independiente de la experiencia y de los cuidados que le brinden los equipos implicados. Denominar a esta patología como iatrogénica no nos parece correcto, pues responde más bien a un mecanismo de reacción individual idiosincrásica que a un mal manejo de la vía aérea por personal entrenado.

El diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad está bien protocolizado y, además, actualizado de manera constante.

En el diagnóstico no invasivo es de innegable utilidad el empleo de la tomografía computarizada (TC) de laringe y traquea, dada la calidad de datos en cuanto a compromiso de pared y mediciones efectuadas. La mayoría, si no todos, de estos aspectos van a ser desarrollados por el Dr. J. Figuerola¹.

La obstrucción traqueobronquial, si excluimos la aspiración de cuerpos extraños, es muy poco frecuente en lactantes y niños pequeños, pero la estenosis y/o malacia tanto congénita como adquirida es una de las patologías más frecuentes en este grupo de edad y la broncoscopia la técnica de elección para su estudio.

El manejo es complejo y la cirugía suele tener un importante papel en la solución de estos problemas, con diferentes tipos de abordaje, tanto endoscópico como en cirugía abierta.

En general, las estenosis sintomáticas traqueales de corta extensión se pueden tratar con resección y reconstrucción del segmento afectado, aunque por su menor agresividad el empleo de láser o métodos de dilatación endoscópica se pueden utilizar en casos seleccionados. En casos de estenosis traqueales de mayor longitud la traqueoplastia debe ser el procedimiento elegido. La traqueobroncomalacia, si bien autolimitada en su presentación clínica hasta los 3 años y con poca repercusión podría ser tratada de forma conservadora, pero un pequeño grupo de pacientes quizá pueda requerir intervenciones, generalmente con la colocación de prótesis. La aortopexia o la necesidad de traqueostomía deben ser muy cuidadosamente evaluadas ya que, pese a ser hasta ahora los tratamientos clásicos para casos de traqueomalacia congénita, la experiencia con *stents* y sus buenos resultados pueden estar relegándolas a un segundo lugar; si bien es sabido que la prótesis ideal no existe, los nuevos modelos y la combinación de materiales ofrecen buena tolerancia, adaptabilidad y funcionalidad con distintas alternativas electivas de acuerdo a la patología a tratar.

Incluso el trasplante de traquea, con la implantación in vitro de células madre del paciente en un soporte cartilaginoso del donante que posteriormente fue transplantado sin

problemas de rechazo, puede ser una perspectiva de futuro y ya no ciencia ficción; como demostraron, hace algo más de 2 años —pioneros a nivel mundial en un trasplante de traquea de este tipo— los grupos implicados del Clinic de Barcelona y de la Universidad de Bristol, entre otras instituciones’.

Por otro lado, la esporádica aparición de tumores laringotraqueales en niños hace de esta patología un verdadero reto diagnóstico y terapéutico, obligando a un tratamiento multidisciplinario complejo en el intento de paliar sus consecuencias.

Todos estos puntos de vista van a ser expuestos, en ponencias independientes pero sin duda complementarias, por la Dra. G. García Hernández’ (medicos) y el Dr. J.L. Antón Pacheco’ (quirurgicos), continuación de su trabajo en colaboración desde hace años en su Unidad de la Vía Aérea del Hospital del 12 de Octubre de Madrid.

Por último, *last but no least*, no se debe olvidar que la traqueotomía y la traqueostomía (TQT) son paso obligado de muchas de las situaciones descritas por los anteriores ponentes.

La TQT es un procedimiento quirúrgico, relativamente sencillo, consistente en la apertura quirúrgica de la pared anterior traqueal con la creación de un estoma a través del cual se introduce una cánula para facilitar la ventilación. El término traqueotomía se refiere sólo a la incisión quirúrgica. Con respecto a este apartado conviene resalta, a criterio de este moderador, 2 puntos:

- En primer lugar, recordar que su realización presenta un mayor índice de morbimortalidad que en el adulto.
- En segundo, es primordial evitar la realización de una traqueotomía urgente sin el paciente previamente intubado; en estos casos, será preferible hacer una coniotomía de urgencia, que siempre nos va a permitir pensar mejor la necesidad de un estoma permanente y realizar la traqueotomía en las mejores condiciones posibles; valorando los pros y los contras de la posible TQT subsiguiente.

La TQT es una técnica utilizada en las unidades de cuidados intensivos de adultos y niños. Las indicaciones en pedia-

tría para algunas situaciones están claramente establecidas, pero la decisión y oportunidad de realizarla es muchas veces discutida y diferida, más aún si el paciente es pequeño. A pesar de su mayor morbilidad en niños que en adultos, sobre todo en el menor de 1 año, y de no ser una técnica desprovista de mortalidad directamente relacionada con ésta, en líneas generales, y de forma sorprendente, su frecuencia no ha disminuido, si bien se han modificado notablemente las patologías subyacentes que motivan su realización.

Hasta mediados del siglo xx la obstrucción aguda de la vía aérea superior, generalmente de causa infecciosa —difteria, epiglotitis, laringotraqueitis— se resolvía con una TQT de urgencia y de corta duración; por el contrario, hoy la amplia implantación de los programas de vacunación junto con el desarrollo de nuevas técnicas anestésicas para la estabilización de la vía aérea —cánulas endotraqueales, máscaras laringeas, intubación fibrobroncoscópica— han disminuido de forma harto espectacular el número de procedimientos realizados con carácter de urgencia.

Sin embargo, este descenso se ha visto contrarrestado por el aumento de los pacientes pediátricos “dependientes de tecnología”, principalmente de ventilación prolongada, situaciones en las que se indica de forma electiva y, quizá, no del todo justificada a entender de alguno de nosotros, neumólogos infantiles, continuo punto de fricción con compañeros intensivistas, probablemente acuciados por el ya crónico déficit de camas en sus servicios y la necesidad, encubierta o no, de reducir las estancias y costes hospitalarios directamente achacables a sus unidades de gestión clínica.

Excelentes revisiones sobre el tema están siendo continuamente publicadas y la SENP no ha querido quedarse atrás. Por todo lo anterior, hay que resaltar el esfuerzo realizado por muchos grupos de nuestra sociedad en poner luz y nuestra visión sobre estos temas que ha sido recogida por la Dra. Pérez Ruiz en publicaciones conjuntas, que todavía no han sido dadas a la prensa y de las que algunas se van a presentar en esta reunión, así como en protocolos de cuidado y manejo de la TQT que ella ha coordinado y que, al menos también en parte, nos va a exponer.