



## MESA REDONDA. PATOLOGÍA TRAQUEAL

# Manejo invasivo de la patología traqueal

J.L. Antón-Pacheco

Unidad de la Vía Aérea, Servicio de Cirugía Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

La patología traqueal es poco frecuente en la edad pediátrica, pero presenta una amplia variedad de lesiones de diversa índole. Anomalías congénitas o lesiones adquiridas pueden producir un compromiso respiratorio grave y requerir la intervención urgente del cirujano. En otras ocasiones, la situación clínica del paciente permite una planificación cuidadosa del manejo terapéutico más apropiado para la patología traqueal concreta que padece. En muchos casos la patología traqueal no se presenta sola y forma parte de un contexto pluripatológico que requerirá la colaboración de múltiples especialistas. Estos pacientes son los más complejos de tratar y representan un auténtico desafío para los profesionales involucrados.

Las posibilidades terapéuticas de que dispone el cirujano han evolucionado enormemente en los últimos 50-60 años. Hasta los años sesenta del pasado siglo, la traqueotomía y la broncoscopia rígida eran prácticamente las únicas armas con las que contaba el cirujano de vía aérea para tratar a los niños, que en su mayoría presentaban patología de origen infeccioso. Posteriormente, se fueron introduciendo técnicas y procedimientos reconstructivos laringotraqueales siguiendo la estela de la experiencia adquirida en adultos. H. Grillo en Boston, R. Cotton en Cincinnati, K. Kimura en Japón, o P. Goldstraw en Londres, son sólo algunos de los pioneros de la cirugía traqueal cuyas técnicas se han adaptado a la patología quirúrgica de la vía aérea en el niño con notable éxito. La cirugía de sustitución traqueal, o trasplante traqueal con homoinjerto de cadáver, representa el último recurso quirúrgico para aquellos casos de extrema complejidad o en los que otras técnicas han fracasado.

En los últimos 20 años hemos asistido a la introducción de nuevas técnicas que podríamos llamar mínimamente invasi-

vas o simplemente broncoscopia terapéutica. La broncoscopia en pediatría ha pasado de ser un instrumento puramente diagnóstico a ofrecer posibilidades terapéuticas eficaces y seguras. La dilatación con balón neumático, la aplicación de láser, la colocación de endoprótesis, y el empleo de fármacos como la mitomicina o el propranolol, han sustituido en algunos casos a las clásicas técnicas quirúrgicas más invasivas. Los buenos resultados obtenidos con estos procedimientos endoscópicos han extendido su empleo y son ahora un recurso indispensable para el cirujano de vía aérea.

La elección del tratamiento más adecuado se debe hacer de forma individualizada y, en muchas ocasiones, combina procedimientos quirúrgicos invasivos con otros endoscópicos menos agresivos. Resulta crucial resaltar que el manejo de la patología de la vía aérea es básicamente un trabajo de equipo. En este sentido, el cirujano debe estar familiarizado con diversas técnicas y procedimientos broncoscópicos y quirúrgicos para poder dar respuesta, junto con los otros miembros de la unidad, a la gran diversidad de lesiones que se pueden presentar.

## Bibliografía recomendada

- Antón-Pacheco JL, Cabezalí D, Tejedor R, López M, Luna C, Comas JV, et al. The role of airway stenting in pediatric tracheobronchial obstruction. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;33:1069-75.
- Antón-Pacheco JL, Cano I, Comas J, Galletti L, Polo L, García A, et al. Management of tracheal stenosis in infancy. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2006;29:991-6.
- Backer CL, Mavroudis C, Gerber ME, Holinger LD. Tracheal surgery in children: an 18 year review of four techniques. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;19:777-84.

- Filler RM, Forte C, Fraga JC, Matute JA. The use of expandable metallic stents for tracheobronchial obstruction in children. *J Pediatr Surg.* 1995;30:1050-6.
- Grillo HC, Wright CD, Vlahakes G, MacGillivray T. Management of congenital tracheal stenosis by means of slide tracheoplasty or resection and reconstruction, with long term follow up of growth after slide tracheoplasty. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2002;123:145-52.
- Kimura K, Mukohara N, Tsugawa C. Tracheoplasty for congenital stenosis of the entire trachea. *J Pediatr Surg.* 1982;17:869-71.
- Malone PS, Kiely EM. Role of aortopexy in the management of primary tracheomalacia and tracheobronchomalacia. *Arch Dis Child.* 1990;65:438-40.
- Othersen HB, Hebra A, Tagge EP. A new method of treatment for complete tracheal rings in an infant: endoscopic laser division and balloon dilatation. *J Pediatr Surg.* 2000;35:262-4.
- Tsang V, Murday A, Gillbe C, Goldstraw P. Slide tracheoplasty for congenital funnel-shaped tracheo-stenosis. *Ann Thorac Surg.* 1989;48:632-5.