

## ESTADO ACTUAL DE LA CIRUGÍA TRAQUEAL EN GALICIA

*José María Borro Mate*

*Servicio de Cirugía Torácica. H. Juan Canalejo. A Coruña*

La patología traqueal, por su escasa frecuencia, suele ser una gran desconocida para muchos clínicos, sin embargo una revisión de la historia<sup>1</sup> muestra que su tratamiento ha progresado enormemente en las últimas décadas consiguiendo que, en el momento actual, se pueda dar solución a la mayor parte de los problemas traqueales con buenos o excelentes resultados.

Aunque la traqueostomía es una de las técnicas quirúrgicas más antiguas descritas, el desarrollo de la cirugía traqueal, con un método establecido y buenos resultados a largo plazo, no se produce hasta la segunda mitad del siglo XX. Ronald Belsey, prestigioso cirujano torácico inglés, publica en 1950<sup>2</sup> que se pueden realizar resecciones de hasta 2 cm. de la circunferencia completa de la tráquea. Hermes Grillo, cirujano torácico del Massachusetts General Hospital, crea en los 60 un grupo de trabajo que pone en marcha distintos procedimientos plásticos con anillos o mallas tratando de reparar lesiones extensas de tráquea. Estos primeros casos sufrieron los efectos de la curva de aprendizaje pero, junto con los trabajos experimentales, ayudaron especialmente a demostrar que liberando la tráquea ampliamente y suturando sin tensión y con bordes sanos, se pueden reseccionar lesiones extensas de tráquea con excelentes resultados<sup>3</sup>. A Griffith Pearson, cirujano torácico de Toronto, se le debe principalmente que desarrolle la técnica que permite llegar en las resecciones traqueales a la región subglótica, reseccando el cartílago cricoides en su parte anterior con resultados buenos y reproducibles por otros grupos<sup>4</sup>. La experiencia clínica y experimental en cirugía traqueo-bronquial de Grillo y Pearson fueron decisivas en el desarrollo inicial del trasplante pulmonar y cuya principal complicación fue inicialmente la escasa vascularización de la sutura traqueo-bronquial. En Europa debíamos destacar a

Luis Couraud, cirujano torácico de Burdeos, del que hemos tomado ejemplo gran parte de los cirujanos torácicos españoles motivados por la cirugía traqueal. Con una exquisita técnica quirúrgica consiguió excelentes resultados y acumuló una enorme casuística que le permitió abordar con garantías incluso la región glótica<sup>5</sup>.

En España, Vicente Tarazona posee una gran experiencia, quizás la más amplia de los cirujanos torácicos en activo, que ha compartido con todos los que hemos trabajado junto a él. El reciente capítulo sobre patología traqueal, publicada en Medicina Respiratoria<sup>6</sup> nos ilustra sobre la capacidad actual de la cirugía torácica para abordar la mayor parte de los problemas traqueales con buenos resultados.

La patología traqueal más frecuente sigue siendo la estenosis benigna debida principalmente a la intubación prolongada, a la realización de traqueostomías o a traumatismos traqueales. Estos pacientes, con relativa frecuencia, acuden a urgencias con un cuadro clínico de disnea y obstrucción de vías respiratorias altas. La participación de los clínicos, especialmente neumólogos, en estas urgencias es muy importante. Sospechar el diagnóstico y solicitar un estudio radiológico del cuello y mediastino debe permitir establecer el tratamiento correcto en pocos minutos. La intubación con tubos de pequeño calibre (4-6 mm. progresivos) y/o la dilatación con broncoscopio rígido, si se tiene experiencia en su manejo, y el traslado del paciente estable a un centro con cirugía torácica es posiblemente la mejor solución en todos estos casos. La traqueostomía de urgencia, incluso en manos experimentadas, suele agravar la situación y dificultar la solución quirúrgica posterior si el paciente sobrevive al intento.

La resección con anastomosis tras una preparación adecuada suele ser la mejor y más definitiva solución para este tipo de estenosis. Utilizando las maniobras de descenso laringeo o la movilización del hilio pulmonar es posible reseccionar más del 50% de la tráquea lo que en la práctica supone poder dar solución a la mayor parte de los casos.

Revisando series con un elevado número de casos reseccionados (Grillo, Couraud, Bison, Tarazona), se puede

---

### *Correspondencia:*

*José María Borro Mate*

*Jefe de Servicio de Cirugía Torácica. H. Juan Canalejo  
Xubias de Arriba 84. 15006 La Coruña*

*Tlfno 981178187. Fax 981178235*

*E mail jmborro@canalejo.org*

---

*Pneuma 2006; 6: 129 - 130*

comprobar que los buenos resultados, que permiten al paciente realizar una vida normal sin restricciones, se consiguen en aproximadamente el 90% de los casos con una mortalidad entre el 2,7 y 4,5% según las distintas series<sup>6</sup>.

Los tumores traqueales benignos o malignos, primarios a consecuencia de la infiltración de las estructuras contiguas, suelen beneficiarse de la resección quirúrgica, siempre que esta sea posible, por lo que parece aconsejable remitirlos a un Servicio de Cirugía Torácica, para su valoración, antes de definir la estrategia terapéutica definitiva<sup>7</sup>. Las fístulas traqueo-esofágicas son otro reto que, en el momento actual, pueden solucionarse en un gran número de casos<sup>8</sup>.

El láser es un tratamiento curativo en algunos casos puntuales (estenosis diafragmáticas, obstrucción tumoral o por granulomas) y sobre todo es un excelente complemento para la preparación de los pacientes para la cirugía. Las cada día más evolucionadas prótesis endotraqueobronquiales son también una buena ayuda para casos en los que la cirugía no sea posible.

La experiencia compartida con el grupo de Valencia<sup>9,10</sup> permite sugerir que la mayor parte de la patología traqueal es posible resolverla favorablemente en los Servicios de Cirugía Torácica con experiencia.

¿Cuál es la situación de la cirugía traqueal en Galicia? Se remiten pocos pacientes, quizá por falta de información sobre la posibilidad de dar solución a ciertos casos y por desconocimiento de la experiencia de nuestros servicios en esta área tan específica.

Una revisión realizada, a través del Servicio de Codificación, sobre patología traqueal en los grandes hospitales de Galicia excluyendo el Complejo Hospitalario Juan Canalejo, nos muestra que durante los últimos 5 años sólo se codificaron 15 pacientes con procesos traqueales no unidos a resecciones por patología laríngea. Sirva como referencia que en el Hospital La Fe de Valencia se intervinieron durante un periodo de 10 años alrededor de 100 pacientes con patología traqueal y se realizaron más de 200 ingresos por dicha patología<sup>10</sup>.

Revisando, más detalladamente, la experiencia del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Juan Canalejo, se puede comprobar que en los últimos 8 años se han remitido 20 pacientes con patología traqueal o de bronquios principales susceptibles de resección-anastomosis. Once presentaban estenosis benignas que se resolvieron favorablemente en todos los casos. Tres de estos últimos curaron mediante resección anastomosis, en 4 casos se decidió colocar prótesis expansibles por ser pacientes de alto riesgo quirúrgico o por imposibilidad anatómica de realizar resección anastomosis y en los 4 pacientes restantes se consiguió una luz traqueal correcta con dilatación y fotoresección con láser. Cinco pacientes con tumores de tráquea o bronquio principal fueron resecados y se realizó anastomosis termino-terminal en todos ellos, sin

problemas a largo plazo. Los otros 4 pacientes fueron tratados paliativos en patología tumoral avanzada.

En esencia, la solución de los problemas traqueales consiste simplemente en resecar la zona afecta o evitar la obstrucción de su luz, sin embargo la experiencia enseña que los buenos resultados van unidos a un diagnóstico precoz y un tratamiento de urgencia correcto, a una preparación quirúrgica adecuada y una cirugía técnicamente impecable. Tras ello, tener los medios adecuados para resolver las posibles complicaciones posquirúrgicas, granulomas o dehiscencias entre otras, es el complemento para obtener los resultados que todos deseamos.

El principal objetivo de este editorial es difundir la realidad de cirugía traqueal en nuestra comunidad e insistir en la necesidad de colaboración de los Servicios de Neumología y de Urgencias en la detección, realización de un tratamiento inicial adecuado y en la orientación correcta del tratamiento definitivo para conseguir buenos resultados y evitar que algunos pacientes se vean sometidos a traqueostomía permanente de por vida.

## Bibliografía

1. Grillo H. *Development of tracheal surgery: a historical review. Part 2: treatment of tracheal diseases. Ann Thorac Surg* 2003; 75:1039-1047.
2. Belsey R. *Resection and reconstruction of the intrathoracic trachea. Br. J. Surg.* 1950;38:200
3. Grillo HG, Donahue DM. *Postintubation tracheal stenosis. Semin Thoracic Cardiovasc Surg* 1996; 8:370-380.
4. Pearson FG, Cooper JD, Nelems JM, et al. *Primary tracheal anastomosis after resection of the cricoid cartilage with preservation of recurrent laryngeal nerves. J Thorac Cardiovasc Surg* 1975;70:806-816.
5. Couraud L, Jougon JB, Ballester M, et al. *Techniques of management of subglottic stenoses with glottic and supra-glottic problems. Chest Surg Clin N Am* 1996; 6:791-809.
6. V. Tarazona. *Lesiones de laringe y tráquea. Medicina respiratoria 2ª ed. Aula médica ediciones* 2003; 53: 711-30.
7. Grillo H. *Tracheal tumors: surgical management Ann Thorac Surg* 1978; 26:112-125
8. Couraud L, Ballester MJ, Delaisement C. *Acquired tracheoesophageal fistula and its management. Semi Thorac Cardiovasc Surg* 1996;8:392-9
9. Borro JM, Tarazona V, Paris F, et al. *Estenosis traqueales no tumorales: consideraciones terapéuticas en 102 pacientes. Arch Bronconeumol* 1990; 26:17-22.
10. Paris F, Borro JM, Tarazona V, et al. *Management of non-tumoral tracheal stenoses in 112 patients. Eur J Cardiothorac Surg* 1990; 4: 265-269.