

Endoscopia y Neumología intervencionista

endoscopia@alatorax.org

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Terapia de REGEN COV como base de terapia inmunomoduladora mixta en pacientes hospitalizados por neumonía por SARS-CoV-2: Serie de casos

García N

Clinica Universitaria Unión Médica del Norte

Introducción

Los países en desarrollo con sistema de salud de baja inversión encuentran un reto en priorizar el tratamiento de COVID-19 según su eficacia y sus precios.

Material y Métodos

Se describe la administración de un tratamiento inmunomodulador combinado a base de imdevimab y casirivimab (REGEN COV). Se evaluó en conjunto con otros tratamientos: corticoides, tofacitinib, remdesivir, tocilizumab y anticoagulantes. Se evaluó la progresión a severidad clínica y radiológica.

Resultados

En este estudio se analizaron 50 pacientes con COVID-19 en un hospital de la República Dominicana durante una oleada de casos de la variante delta. República Dominicana durante una oleada de casos de la variante delta. La mayoría de los pacientes tenían antecedentes de hipertensión y diabetes, y algunos tenían obesidad y obesidad renal crónica y problemas renales crónicos. La mayoría fueron tratados con corticosteroides tratamiento con corticosteroides, anticoagulantes, Remdesivir, Tocilizumab y REGEN. La mitad de los pacientes no tenían un calendario de vacunación completo. La mortalidad fue del 15,2%, y la principal causa de muerte fue la insuficiencia respiratoria respiratoria. Los pacientes no vacunados parecían tener una mayor proporción de comorbilidades que podían de comorbilidades que podían ser un factor de confusión para la mortalidad.

Conclusiones

Ante una enfermedad con pocas opciones terapéuticas en los países en vías de desarrollo, es necesario ser eficientes a la hora de elegir cómo responder terapéuticamente. ser eficientes a la hora de elegir cómo responder terapéuticamente. REGEN COV es un con buenos resultados en ensayos clínicos y utilizando este trabajo como evidencia, eficiente en la vida real. como evidencia, eficiente en la vida real. Se recomienda su uso bajo la supervisión expertas y utilizarlo con otras terapéuticas siempre bajo la mejor experiencia clínica.

CASOS CLÍNICOS

Infrautilización del EBUS-TBNA en la práctica clínica

Ugarte G

Grupo Hospitalario Kennedy

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Femenina de 62 años, no fumadora, sin antecedentes de importancia, asintomática respiratoria en seguimiento por oncología.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Adenocarcinoma de pulmón hace 3 años, sometida a lobectomía de lóbulo medio y quimioterapia.

Examen físico

Buen estado general, Karnofsky 100/100, saturando 98% al ambiente con buena mecánica ventilatoria. Auscultación pulmonar: buen murmullo vesicular bilateral sin ruidos añadidos.

Tratamiento

Recibió quimioterapia con afatinib y platino. Hace 8 meses nueva recidiva y se cambió a pembrolizumab

y platino.

Evolución y/o resolución del caso

Con el nuevo esquema de QT hace 8 meses no ha vuelto a presentar recidivas o actividad tumoral.

Discusión / Conclusiones

La guía de la ACCP DE 2013 para el diagnóstico y estadiaje del cáncer de pulmón establece un algoritmo que cambio a la mediastinoscopia por el EBUS-TBNA para la obtención de muestra y establecer un diagnóstico tisular debido a la superioridad del EBUS, menor morbimortalidad, menor tiempo de espera de procedimiento y de resultados para obtención de muestras. Cada vez son más los países en latino américa que tienen en sus servicios EBUS, pero a pesar de esto son subutilizados. Por eso concluimos que siempre que exista la disponibilidad el EBUS-TBNA debe la primera herramienta de diagnóstico tisular ya como en el caso actual el PET-TC fue insuficiente como diagnóstico.

Referencias

- Detterbeck F. et al: Executive Summary: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest 2013 May;143(5 Suppl):75-375.doi: 10.1378/chest.12-2377.
- Yasufuku K. et al: Comparison of endobronchial ultrasound, positron emission tomography, and CT for lymph node staging of lung cancer. Chest 2006 Sep;130(3):710-8.doi: 10.1378/chest.130.3.710.
- Sang-Wong et al: Endobronchial ultrasound versus mediastinoscopy for mediastinal nodal staging of non-small-cell lung cancer. J Thorac Oncol. 2015 Feb;10(2):331-7.

CASOS CLÍNICOS

Extracción de cuerpo extraño en vía aérea en adultos

Saraguro Ramirez B, Jaramillo Samaniego B, Menéndez Castillo D, Chico Yépez W, Rueda Manzano M

Hospital General IESS Babahoyo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Caso 1: Masculino 54 años con cuadro de tos de 15 días de evolución, acompañado de hemoptisis, y disnea mMRC 2, sin causa aparente. Derivado a nuestra unidad por sospecha de derrame pleural derecho. Caso 2: Femenino 52 años, con cuadro de tos de un año y medio de evolución, sin expectoración, en ocasiones

episodios aislados de hemoptisis, recibió tratamiento con beta adrenérgicos de acción corta (SABA) como sospecha de asma, sin alivio de la tos.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Caso 1: sin antecedentes Caso 2: síndrome depresivo

Examen físico

Caso 1: murmullo vesicular abolido en base de campo derecho. Caso 2: roncus en campo pulmonar derecho.

Tratamiento

Extracción con broncoscopia rígida.

Evolución y/o resolución del caso

Resolución de síntomas. Pacientes egresan vivos.

Discusión / Conclusiones

La aspiración de cuerpos extraños es un accidente frecuente en pediatría. El 75% de casos ocurren entre los dos y tres años, y, el 15% en mayores de 6 años. Es una entidad clínica poco común en adultos, y requiere de un alto índice de sospecha. Usualmente se manifiesta como falla respiratoria aguda, con síntomas inespecíficos, presentándose como neumonía crónica, atelectasias, tos crónica, o crisis de broncoespasmo, sin antecedentes de broncoaspiración.

Se presenta en adultos después de la sexta década de vida, con factores de riesgo, como enfermedades neurodegenerativas o neuromusculares, que desencadenan mecanismos anormales de protección de la vía aérea, alteración en el reflejo de la tos y disfagia.

El cuerpo extraño en la tráquea aparece entre el 4% y el 13% y la localización bronquial entre el 67% al 80%, siendo más común en el bronquio derecho, entre un 52% a 56%. La exploración física es normal en el 8% al 10.4% de los casos. La imagen radiológica suele ser normal entre el 9% al 34% de casos. La TC puede ayudar a demostrar el cuerpo extraño que frecuentemente no se ve en la radiografía de tórax. La broncoscopia rígida es el mejor método terapéutico para extraer un cuerpo extraño, sin embargo, no constituye el gold standard. La broncoscopia flexible ha demostrado ser el mejor método diagnóstico, al ser más fácil, menos costosa y no requerir de anestesia general.

Referencias

- Revuelta F., García R., Pina I. Cuerpo extraño en vía aérea. Caso clínico y revisión de literatura. Arch Bronconeumol. 2020;56(6):395-408.

Ma W., Hu J., Yang M. Application of flexible fiberoptic bronchoscopy in the removal of adult airway foreign bodies. BMC Surgery 2020;20:165.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Complicaciones agudas en broncoscopia flexible

Castellanos J, Contreras E, Palma M

Hospital Roosevelt

Introducción

La broncoscopia es un procedimiento realizado por neumólogos con objetivos diagnósticos y terapéuticos. Las complicaciones varían entre el 0.1% al 11% con mortalidad asociada del 0% al 0.1%. La Unidad de Neumología del Hospital Roosevelt en ciudad de Guatemala realiza en promedio anual más de 300 bronoscopías. Se desconoce la prevalencia y las principales complicaciones asociadas a este procedimiento en nuestro centro.

Material y Métodos

Estudio transversal descriptivo, en el que se buscó activamente las complicaciones agudas durante el procedimiento de broncoscopia y se analizó así también el tipo de procedimiento, indicación del procedimiento y asociaciones para desarrollo de complicaciones agudas. Se incluyeron 269 sujetos sometidos a broncoscopia en el Hospital Roosevelt de 2019 a 2020 en investigación de proceso pulmonar infeccioso, neoplásico, enfermedad intersticial y/o revisión de vía aérea. El análisis fue descriptivo y analítico utilizando χ^2 para evaluar asociación de variables. Se realizó modelo de regresión logística binomial para evaluar factores asociados, se calcularon ORs con intervalo de confianza al 95%. Valores de $p < 0.05$ fueron considerados significativos. Se utilizó Excel y SPSS versión 25.

Resultados

Complicaciones graves durante el proceso de broncoscopia ocurrieron en un total del 4% de las intervenciones broncoscópicas, siendo definidas como neumotórax, hemorragia severa o arritmia cardíaca compleja. Fueron evaluados 125 hombres y 144 mujeres, edad media de 48 años \pm 17. Dentro de las principales comorbilidades encontradas 19% DM, 28% HAS, 12% VIH/SIDA y 5% Cáncer sólido. La principal indicación de broncoscopia fue proceso infeccioso 58% seguido de proceso neoplásico en 25% de los

casos. Procedimientos realizados durante el procedimiento fueron: lavado bronquial 55%, biopsias transbronquiales 23% y otros 22%. Las principales complicaciones durante el procedimiento de broncoscopia se discuten en la tabla 1 dentro de las complicaciones severas encontramos: fibrilación auricular 1% (3), neumotórax 1% (3), hemorragia severa 2% (6). Se procedió al cálculo de Odds Ratio para las complicaciones encontradas: en tabla 2 se despliegan los resultados para dichas variables. Biopsias transbronquiales presenta un OR de 24.7 así búsqueda de proceso neoplásico presenta OR de 17.5 veces para hemorragia.

Conclusiones

La broncoscopia flexible es un procedimiento seguro, que presenta una cantidad baja de complicaciones graves.

CASOS CLÍNICOS

Hallazgo inusual de un tumor neurogénico de la tráquea: schwannoma traqueal

Botero J, Pérez-Restrepo M, Murillo M

Universidad CES, Clínica CardioVID

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente femenina de 57 años, ingresa al servicio de neumología por cuadro clínico de 3 meses de evolución consistente en disnea de esfuerzos (mmrc 2), asociado a tos seca y pérdida de 5 kg de peso en el último año. Había sido evaluada por consulta externa donde realizaron tomografía de tórax que evidenció imagen endoluminal en la tráquea, razón por la cual consulta

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Previamente sana, no nexo infeccioso

Examen físico

Estable, no hallazgos al examen físico respiratorio.

Tratamiento

Dada la ausencia de malignidad inicial y la posibilidad de lesión granulomatosa en tráquea, con presencia de que única lesión, estable en el tiempo y sin infiltración hacia tejidos profundos. Se decide entonces programar para resección endoscópica. Es llevada a broncoscopia y recanalización, procedimiento que se realizó bajo anestesia general, con uso de máscara laríngea N4, empleando un broncoscopio terapéutico

Fuji, realizando cortes con argón en un único tiempo, logrando una resección completa desde la base, permeabilizando completamente la luz.

Evolución y/o resolución del caso

En el seguimiento a 3 meses del procedimiento la paciente se encuentra bien y la tomografía y la broncoscopia no muestran recidiva o estenosis.

Discusión / Conclusiones

La obstrucción intraluminal de la tráquea es una entidad clínica de baja prevalencia que suele tener un origen benigno. Sin embargo los tumores traqueales primarios son en su mayoría de origen maligno, con una prevalencia descrita de 0.1 por cada 100,000 personas al año.¹ Los schwannomas son tumores encapsulados del sistema nervioso periférico, originados de las células de Schwann, que rara vez tienen progresión maligna. Entre el 80-90% de estos se presentan a nivel vestibular, con pocos casos descritos en la literatura presentándose con disnea, tos, sibilancias, hemoptisis e infección pulmonar asociada.² El tratamiento estándar descrito para esta lesión es resección circunferencial quirúrgica con reconstrucción traqueal. Sin embargo, los schwannomas pueden ser tratados mediante técnicas broncoscópicas, principalmente ablación con láser.³

Referencias

- Honings J, van Dijck JAAM, Verhagen AFTM, et al. Incidence and Treatment of Tracheal Cancer: A Nationwide Study in The Netherlands. *Ann Surg Oncol*. 2007 Feb;14(2):968-76.
- Chávez-Fernández DA, Zúñiga-Garza E, López-Saucedo RA. Primary tracheal schwannoma resected in a Turner syndrome
- Rusch VW, Schmidt RA. Tracheal schwannoma: management by endoscopic laser resection. *Thorax*. 1994 Jan;49(1):85-6.

CASOS CLÍNICOS

Amiloidosis traqueobronquial, reporte de caso

Contreras-Garza B, Alonso-Zúñiga R, Mejía Barrientos J, Recinos-Carrera E, Sánchez-Cabral O

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Se reporta caso de femenino de 67 años, que acude por padecimiento de un año de evolución caracterizado por disnea, hemoptoicos, sibilancias, pérdida ponderal, astenia y adinamia.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

IT 23 paq-año y IEHL 160 horas-año

Examen físico

Exploración física: sibilancias inspiratorias de predominio hemitórax derecho.

Tratamiento

Como tratamiento sintomático continuo en seguimiento por broncoscopia con revisiones periódicas de vía aérea con dilataciones y resección de tejido amiloide, con mejoría sintomática significativa en el post inmediato.

Evolución y/o resolución del caso

Continúa con formación de amiloide y estenosis de la vía aérea pese a tratamiento sistémico.

Discusión / Conclusiones

La amiloidosis es una enfermedad en la que existe un depósito anormal de proteínas amiloides, que se pueden acumular en varios órganos, produciendo daño funcional. Puede ser sistémica o localizada, teniendo un diferente pronóstico y tratamiento. Enfermedad rara con 6-10 casos por millón, solo 9%-15% forma localizada. 50% de los casos están localizados en sistema respiratorio, en el cual se presenta principalmente en 3 formas: traqueobronquial, parénquima nodular y septal/alveolar. La amiloidosis traqueobronquial se manifiesta por el depósito de amiloide limitado al tejido traqueal y bronquial; es un desorden raro, poco estudiado que solo hay pocos casos reportados. La edad de presentación es de 50-60 años, sin predilección de género, con síntomas como tos, disnea, sibilancias, estridor o hemoptisis. El diagnóstico es desafiante, ya que la sintomatología es muy inespecífica o asintomáticos, por lo que los diferenciales pueden ir desde enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neoplasias, tuberculosis, enfermedades intersticiales pulmonares, neoplasias intrabronquiales. El estándar de oro diagnóstico: biopsia de tejido con tinción de rojo congo demostrando birrefringencia verde manzana. No existe tratamiento específico, pero uno eficaz para la reducción de síntomas es crioresección o resección mecánica, de las zonas estenosadas, requiriendo intervenciones recurrentes. A pesar de ser patología benigna, el no existir un tratamiento específico, el pronóstico es variable, pudiendo tener a largo plazo un desenlace fatal por obstrucción de las vías respiratorias. La tasa de mortalidad es del 30% después de 10 años del diagnóstico. Seguimien-

to; clínico, broncoscópico, imagenológico, y fisiológico para detectar progresión.

Referencias

Scala et.al. Amyloidosis involving the respiratory system. AnnThorac Med.2015;10(3):212

CASOS CLÍNICOS

Bronquitis plástica: reporte de caso de una causa rara de insuficiencia respiratoria

Delgado Rivas J, Guimaraes Delgado G, Cerón Chimarro D, De Los Rios Tomala P, Demarzo S

Instituto Do CoraÇão, Hospital Das Clínicas, Universidade De São Paulo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino, 55 años que consultó por cefalea de inicio súbito, convulsiones, fiebre esporádica y pérdida de peso de 15 kg. En consulta se observó TC craneal con lesión periventricular izquierda y se inició finitoina. El paciente evolucionó con necrólisis epidérmica tóxica (NET) y posteriormente con insuficiencia respiratoria y necesidad de intubación orotraqueal.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin antecedentes mórbidos.

Examen físico

Paciente con grandes áreas de descamación (70%) y presencia de ampollas en piel y mucosas.

Tratamiento

Durante la broncoscopia se extrajo gran cantidad de contenido endobronquial con aspiración vigorosa, de apariencia de molde bronquial.

Evolución y/o resolución del caso

Presentó mejoría respiratoria, siendo extubado.

Discusión / Conclusiones

La bronquitis plástica (BP) es una condición rara, caracterizada por la formación de moldes del árbol bronquial que pueden producir obstrucción de las vías aéreas centrales. Los síntomas dependen del grado de obstrucción. En casos severos puede ocurrir hipoxemia, insuficiencia respiratoria y muerte. Los hallazgos radiológicos son inespecíficos, pueden mostrar obstrucción endoluminal de las vías respiratorias, atelectasia o hiperinsuflación compensatoria. La etio-

logía de la BP no está clara, pero se asocia a un aumento de la cantidad de secreción bronquial difusa por asma o bronquiectasias, anomalías linfáticas, infecciones pulmonares, enfermedades hematológicas, exposiciones ocupacionales, neoplasias, patologías cardíacas y postoperatorio cardíaco. No se encontró etiología de BP entre las reportadas en la literatura en este caso. Consideramos que la NET puede haber causado la BP, ya que existen reportes de necropsias en pacientes con NET con descamación hemorrágica de las vías aéreas y aumento de la permeabilidad de la membrana capilar. Otros informes de casos correlacionan la NET con la bronquiolitis obliterante y también la terapia con broncoscopia seriada para la aspiración del contenido bronquial. El gold standard para el diagnóstico es la broncoscopia. La aspiración mecánica del molde endobronquial es la terapia de elección, con broncoscopia flexible o rígida, mediante aspiración vigorosa, uso de pinzas o crioterapia. También de una optimización de la fisioterapia respiratoria. La presencia de obstrucción bronquial y atelectasia en la TC debe hacer sospechar en BP, y la broncoscopia con eliminación de moldes bronquiales es fundamental para el diagnóstico y tratamiento de estos casos.

Referencias

- Ntiamoah P, Mukhopadhyay S, Ghosh S, Mehta AC. Recycling plastic: diagnosis and management of plastic bronchitis among adults. Eur Respir Rev. 2021; 30(161):210096.
- Grizales CL, González LM, Castrillon MA, Sua LF, Lores J, Aguirre M, Fernández-Trujillo L. Plastic bronchitis: A case report. Respir Med Case Rep. 2019; 28:100876.
- Patel N, Patel M, Inja R, Krvavac A, Lechner AJ. Plastic Bronchitis in Adult and Pediatric Patients: A review of its presentation, diagnosis, and treatment. Missouri Medicine 2021; 118(4): 363-373.

CASOS CLÍNICOS

Biopsia pulmonar transbronquial guiada por ecobroncoscopia radial para diagnóstico de lesión pulmonar cavitada. Reporte de un caso.

Delgado Rivas J, Simões Braga A, Alberca Bonilla S, Fidelix Espindula B, Jacomelli M

Instituto Do CoraÇão, Hospital Das Clínicas, Universidade De São Paulo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente femenina, de 51 años, con cuadro clínico de

tos productiva persistente, expectoración grisácea investigada innumeradas veces sin aislamiento de microorganismo. Evolucionó con empeoramiento de la tos asociado a cefalea, diarrea y pérdida de peso de 10 kg, optado por hospitalización.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Antecedente de trasplante renal bilateral en 2018, en seguimiento en el servicio de Nefrología del HC-FMUSP.

Examen físico

Dentro de la normalidad.

Tratamiento

A la admisión inició cobertura antimicrobiana empírica con metronidazol. Posteriormente, se prescribió tratamiento con fluconazol 600 mg/d.

Evolución y/o resolución del caso

Por quejas de cefalea se realizó colecta de LCR, identificándose también *Cryptococcus* sp. Se inició terapia con anfotericina B y flucitosina. Cerrando el diagnóstico como criptococosis diseminada.

Discusión / Conclusiones

La biopsia transbronquial obtenida mediante la técnica convencional tiene un rendimiento diagnóstico limitado para las lesiones pulmonares cavitadas periféricas. El uso de ecobroncoscopia (EBUS-Radial), mediante el paso de un catéter con transductor de ultrasonido a través del canal de trabajo de un broncoscopio flexible, permite el acceso a las lesiones periféricas, aumentando el rendimiento diagnóstico (85,7-96,1%), con buen perfil de seguridad (neumotórax 3,8%) y reduciendo el tiempo de exposición del profesional a la radiación en comparación con el método tradicional. Existen pocos estudios publicados que demuestren el uso de la ecoendoscopia bronquial radial en lesiones cavitadas. El uso de EBUS-Radial demostró ser una herramienta útil para localizar lesiones y orientar la toma de muestras de tejido pulmonar, siendo un método efectivo y seguro para el diagnóstico etiológico de lesiones pulmonares cavitadas periféricas. La presencia de un bronquio llegando a la lesión pulmonar y el posicionamiento de la sonda de ultrasonido dentro de la lesión aumenta la sensibilidad del método. Por lo tanto, para tener éxito en el procedimiento, es importante analizar cuidadosa-

mente la tomografía computarizada de tórax y la ubicación del bronquio que llega a la lesión.

Referencias

- HONG K. S., JANG J. G., AHN J. H. Radial probe endobronchial ultrasound-guided transbronchial lung biopsy for the diagnosis of cavitary peripheral pulmonary lesions. *Thorac Cancer*. 2021; 12(11):1735-1742.
- JACOMELLI M., DEMARZO S. E., CARDOSO P. F. G., PALOMINO A. L. M., FIGUEIREDO V. R. Ecobroncoscopia radial para o diagnóstico de lesões pulmonares periféricas. *J Bras Pneumol*. 2016; 42(4):248-255.
- HAYAMA M., OKAMOTO N., et al. Radial endobronchial ultrasound with a guidesheath for diagnosis of peripheral cavitary lung lesions: a retrospective study. *BMC Pulm Med*. 2016; 16(1):76

CASOS CLÍNICOS

Broncoscopia para investigación de fuga aérea con catéter balonado y azul de metileno. Reporte de un caso.

Delgado Rivas J, Leal De Carvalho R, Lange Gonzalez I, León Vergara D, Jacomelli M

Instituto Do Coração, Hospital Das Clínicas, Universidade De São Paulo

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino, 59 años, con bulla subpleural de 22,5 cm en hemitórax izquierdo sometido a bullectomía y segmentectomía. El día 27 del postoperatorio acude a Urgencias por dolor torácico y disnea.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Paciente con antecedente de EPOC en uso de O₂ domiciliario y triple terapia inhalatoria. Ex-tabagista.

Examen físico

Ausencia de murmullos en región anterior de base izquierda.

Tratamiento

Se realizó diagnóstico de neumotórax y drenaje torácico.

Evolución y/o resolución del caso

Fuga aérea mantenida incluso después de drenaje en aspiración continua. Por lo tanto, fue sometido a un nuevo abordaje quirúrgico por decorticación pulmonar izquierda, pero en el postoperatorio persistió el neumotórax y la fuga aérea, incluso con aspiración

continua. Após evaluación broncoscópica de fuga aérea programado para colocación de válvula endobronquial.

Discusión / Conclusiones

La fístula broncopleurales (FBP) es la comunicación entre el árbol bronquial y el espacio pleural, puede ser una complicación quirúrgica, infección pulmonar o posradioterapia. La incidencia de FBP después de la neumonectomía es del 1,9 % (4,5 % al 20 %); y del 0,5% al 1% tras lobectomía; con mortalidad del 16% al 72%; generalmente ocurren dentro de los 3 meses posteriores a la cirugía y se clasifican en: temprana (1 a 7 días), intermedia (8 a 30 días) o tardía (> 30 días). Los síntomas pueden ser variados, desde agudos con neumotórax a tensión o subagudos con empiema, fuga de aérea nueva o persistente en el drenaje torácico. Dentro de las opciones diagnósticas, la TC de tórax es la modalidad de imagen de elección. Sin embargo, la broncoscopia es el gold estándar en el diagnóstico y localización de la FBP en tiempo real. El diagnóstico y tratamiento precoces de la FBP son imprescindibles, ya que se asocian con mayor morbilidad, infecciones, mayor tiempo de drenaje, hospitalización prolongada y mayor consumo de recursos. La localización de la fuga se puede realizar utilizando muchas técnicas, aunque ninguna parece ser superior. Sin embargo, la broncoscopia con oclusión lobar y segmentaria con catéter balón asociado o no al uso de azul de metileno permite localizar el sitio afectado, reduciendo el campo de resección quirúrgica en fístulas de menor tamaño, u optando por terapias menos invasivas y endoscópicas más seguras.

Referencias

- Ayten O, Ozdemir C, Sokucu SN, Kocaturk C, Onur ST, Altin S, Dalar L. The role of interventional pulmonology for the postoperative bronchopleural fistula. *Niger J Clin Pract.* 2021; 24(5):633-639. Sakata KK, Nasim F, Schiavo DN, Nelson DR, Kern RM, Mullon JJ. MethyleneBlue for Bronchopleural Fistula Localization. *J Bronchology Interv Pulmonol.* 2018; 25(1):63-66. Bertolaccini L, Prisciandaro E, Guarize J, Spaggiari L. A proposal for a postoperative protocol for the early diagnosis of bronchopleural fistula after lung resection surgery. *J Thorac Dis.* 2021; 13(11):6495-6498.

CASOS CLÍNICOS

Traqueobroncopatía osteocondroplástica en un paciente con adenocarcinoma. Reporte de un caso

Fernández Baca Quiroga S, Velarde Carbajal E, Gayoso Cervantes O, Yachachin Chavez J

Hospital nacional Cayetano Heredia, Hospital regional docente Cajamarca, Universidad peruana Cayetano Heredia

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Varón de 72 años acude con tiempo de enfermedad de 4 meses de tos sin expectoración, baja de peso de 4 kilos en 4 meses, acude a consultorio donde en imágenes se evidencia una lesión tipo masa en lóbulo superior derecho, se solicita la fibrobroncoscopia para toma de biopsia.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Exposición a humo de leña por más de 30 años.

Examen físico

Al examen general no se evidenciaban lesiones en piel, no se palpo adenopatías, al examen respiratorio el murmullo vesicular pasaba en campos pulmonares, no ruidos agregados.

Tratamiento

Se decide iniciar quimioterapia, la TPO no requiere manejo si no se evidencia complicaciones, Se inicio tratamiento para el alivio de la tos con antitusígenos y mucolíticos.

Evolución y/o resolución del caso

Actualmente continua su manejo por oncología, se reportó mejoría de la tos solo con sintomáticos.

Discusión / Conclusiones

La TPO fue descrita en 1850 por Wilks et al. como depósitos osificados sobre la laringe tráquea y bronquios. Virchow sugiere que son endondromas que se calcifican llevando a la formación posterior de nódulos. La incidencia real es desconocida.³ Nuestro paciente concluyente con adenocarcinoma, se visualiza en la broncoscopia múltiples nódulos proyectados hacia el lumen de la vía aérea, con aspecto de "jardín de rocas" compatible con TPO.³ El examen de la broncoscopia es esencial para el diagnóstico de TPO. La TPO suele ser asintomático. Es común la disnea; tos crónica con expectoración, hemoptisis hasta síntomas de obstrucción. La TPO compromete las paredes de trá-

quea, bronquios principales, región subglótica y larínge. El manejo quirúrgico está restringido al paciente con obstrucción sintomática la vía aérea.² Es de resaltar que la asociación de adenocarcinoma primario pulmonar y TPO no ha sido informado.

Conclusiones

La TPO es una enfermedad benigna de baja frecuencia que afecta principalmente las paredes de tráquea y bronquios principales, no se encontró literatura que describa asociación o progresión a adenocarcinoma primario de pulmón como el caso reportado.

Referencias

- Silveira MGM, Vera Cruz de Oliveira Castellano M, Emiko Fuzi C, et al. Tracheobronchopathia osteochondroplastica. J Bras Pneumol [Internet]. 2017 [citado 27 octubre 2022];43:151,152,153. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5474380/S>.
- Decalmer, A. Woodcock, M. Greaves, et al. Airway abnormalities at flexible bronchoscopy in patients with chronic cough. Eur Respir J [Internet]. 2007 [citado 29 octubre 2022];30:1140. Disponible en: <https://erj.ersjournals.com/content/erj/30/6/1138.full.pdf> 3In
- Jae Oh, Jin Young Ju, Yoo Duk Choi. Tracheopathia Osteochondroplastica with Recurrent Massive Hemoptysis and Atelectasis: A Case Report. Tuberculosis and Respiratory Diseases [Internet]. 2008 [citado 27 octubre 2022];65:237. Disponible en: <https://synapse.koreamed.org/upload/synapsedata/pdfdata/0003trd/trd-65-235.pdf>

CASOS CLÍNICOS

Bronquitis plástica, a propósito de un caso

Hernandez A, Mota Y

Hospital Pediátrico Robert Reid Cabral

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Masculino de 6 años, con historia de procesos gripales a repetición caracterizados por cuadro de tos seca no cianozante ni emetizante asociado a sibilancias de 5 meses evolución, manejando en múltiples ocasiones de manera ambulatoria sin mejoría de dicho cuadro. Posteriormente presenta aumento de temperatura corporal no termometrada de predominio vespertino. Se realiza radiografía de tórax, donde se evidencia atelectasia total de campo pulmonar izquierdo. Como parte de los estudios diagnósticos, se decide realizar fibrobroncoscopia donde se evidencian moldes de tapones mucosos blanquecinos.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Negados

Examen físico

Tórax: asimétrico a expensas de elevación en hemitórax derecho, no retracciones visibles. Corazón: ruidos cardiacos regulares no soplos audibles. Pulmones: murmullo vesicular asimétrico, a expensas de ausencia del mismo en campo pulmonar izquierdo, estertores sibilantes y roncus dispersos en campo pulmonar derecho.

Tratamiento

Medicación: meropenem, vancomicina, metilprednisona. Nebulizaciones: salbutamol, salino hipertónico, dornasa alfa. Fisioterapia respiratoria: cambios posturales, masajes percutorios. Procedimiento: fibrobroncoscopia.

Evolución y/o resolución del caso

Posterior a la extracción de moldes bronquiales, se observa expansión de pulmón izquierdo a nivel radiográfico, con mejoría de sintomatología respiratoria. al quinto día paciente se egresa en condiciones estables.

Discusión / Conclusiones

La bronquitis plástica se produce por la acumulación de diferentes sustancias en la luz bronquial, con la consecuente obstrucción total o parcial del bronquio afecto. En nuestro caso en particular, observamos obstrucción de un 100% de bronquio principal izquierdo, además de evidenciar los moldes bronquiales. La sintomatología se caracteriza por tos, dolor torácico y/o expectoración de moldes por la tos, así como formas graves de dificultad respiratoria. en nuestro caso el sintoma predominante fue la tos. El diagnóstico se basa en la radiografía de tórax simple, por la formación de atelectasias más o menos extensas; y en la fibrobroncoscopia que, es de gran utilidad para la extracción de los moldes.

Referencias

- Bronquitis plástica. A propósito de un caso y revisión de los casos asociados a cirugía de Fontan Plastic bronchitis. A case report and review of the literature. A. Mendoza Sotoa, L. Gallettia, P. Gómez de Queroa, M^aV Ramos Casadoa, JM. Velasco Bayónaa Instituto Pediátrico del Corazón. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España

CASOS CLÍNICOS

Hallazgo casual de tuberculosis en paciente con aspiración de cuerpo extraño a propósito de un caso

Vasquez N, Hernandez A, Matos A

Hospital infantil Dr. Robert Ried Cabral

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino de 1 año de edad sin antecedentes patológicos previos, quien viene referido via emergencia con historia de cuadro de dificultad respiratoria de 2 semanas de evolución, anterior a su ingreso, acompañada de fiebre no termometrada sin predominio de horario, fue ingresado por 5 días en un centro de salud de su comunidad y fue egresado y posteriormente referido a este centro de salud.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos
Negados.**Examen físico**

Hipoxemia, fiebre, retracciones intercostales a la auscultación presenta disminución del murmullo vesicular derecho y crepitantes dispersos.

Tratamiento

Ceftriaxona 5 días, piperacilina + tazobactam 10 días, vancomicina 10 días, RHZE.

Evolución y/o resolución del caso

Con gene xpert positivo a tuberculosis pulmonar, se empieza tratamiento RHZE sin complicaciones y se egresa paciente estable luego de 3 días.

Discusión / Conclusiones

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 1,12 millones de niños (< 15 años) desarrollaron tuberculosis (TB) en 2018, lo que representa el 11% de la carga total de casos de TB. La OMS también estimó 205.000 muertes infantiles por TB ese año, durante los últimos años se ha dado importancia a mejorar los métodos diagnósticos, en este caso observamos un paciente sin nexo epidemiológico, tratado por una neumonía complicada, tenemos un hallazgo casual por sospecha de aspiración de cuerpo extraño y se diagnostica con tuberculosis pulmonar gracias a la toma de lavado broncoalveolar y a los test rápidos de biología molecular para diagnosticar tuberculosis.

Referencias

- Wilmott RW, Deterding R, Highsmith HY. Kendig. Enfermedades respiratorias en niños. 9.ª ed. Barcelona, España: Elsevier; 2019.
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019.
- Patricio Vallejo v., Juan Carlos Rodríguez D, Andrea Searle M. y Victorino Farga C. Ensayo Xpert MTB/RIF en el diagnóstico de tuberculosis. Rev Chil. Enferm. Respir. 2015; 31: 127-131

CASOS CLÍNICOS

Uso endoscópico de coagulación con argón plasma en estenosis traqueales complejas post intubación: serie de casos

Guardia Espinoza E, Arana Narvaez R, Ibercio Barrera C, Vidal Venegas S, Heredia Silva S

Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren - Servicio de Neumología

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

CASO N° 1, varón 48 años con disnea MMRC 3, dificultad para expectorar secreciones respiratorias, estridor y sibilancias espiratorias audibles, ortopnea. CASO N° 2, varón de 29 años con disnea MMRC 3, tos crónica, sibilancias espiratorias audibles. CASO N° 3, varón de 59 años con disnea MMRC 3, estridor audible.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

CASO N° 1. Intubación prolongada por covid 19 (Traqueostomizado + traqueoplastia hace 6 meses) CASO N° 2. Intubación prolongada por covid 19 (tubo oro-traqueal), obesidad. CASO N°3. Intubación prolongada por covid 19 (tubo oro-traqueal), sobrepeso.

Examen físico

CASO N° 1: estenosis traqueal proximal con del 92%. CASO N°2: estenosis traqueal proximal del 70%. CASO N°3: estenosis traqueal medial del 80%.

Tratamiento

Una sesión de coagulación con argón plasma vía endoscópica a cada uno

Evolución y/o resolución del caso

CASO N°1. Se logró una apertura de la luz de 28%, oligosintomático con evidencia de recidiva al mes de la última sesión.

CASO N°2. Se logró una apertura de la luz de 60%,

oligosintomático con evidencia de recidiva de menor dimensión a los 3 meses desde la última sesión. CASO N°3. Se logra una apertura adicional de 70%, oligosintomático con evidencia de recidiva de menor dimensión a los 3 meses desde la última sesión.

Discusión / Conclusiones

Las secuelas traqueales post intubación prolongada, han aumentado su incidencia en los últimos años debido a la pandemia por SARS COV2, las terapias con argón plasma pueden ser utilizadas como una alternativa menos invasiva, con menor tiempo de estancia hospitalaria, menor costo para el manejo de dichas lesiones en muchos casos complejas, además de poder ser un puente mientras se espera el manejo quirúrgico definitivo, este tratamiento trae consigo mejoría significativa de los síntomas respiratorios así como en la calidad de vida de dichos pacientes, teniendo en cuenta que en muchos países existen entornos de salud poco desarrollados y con acceso limitado a manejos quirúrgicos óptimos

Referencias

Seaman JC, Musani AI. Endobronchial ablative therapies. Clin Chest Med [Internet]. 2013;34(3):417–25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2013.04.006>

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Experiencia y rentabilidad diagnóstica del EBUS-L en los primeros dos años de su implementación en Uruguay

Artola M, Iraola M, Quintana E, Nuñez J, Bodega L, Escobar V, Mendez V, Beauxis P, Torres K, Cacciavillani G, Alvarez S, Arechavaleta N, Gruss A

Hospital Maciel, ASSE, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Unidad de endoscopia respiratoria, Instituto del Tórax.

Introducción

La ecobroncoscopia respiratoria en modalidad lineal (EBUS-L) está descrita para el diagnóstico de patología mediastinal principalmente diagnóstico y estadificación del cáncer broncopulmonar (CBP). A nivel nacional, el único y primer centro en contar con esta tecnología es la Unidad de Endoscopia Respiratoria del Instituto del Tórax en el Hospital Maciel, ASSE en Montevideo. El objetivo del presente trabajo fue conocer el rendimiento diagnóstico del EBUS-L para el diagnóstico de masas y ganglios mediastinales.

Material y Métodos

Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes que se realizaron EBUS-L entre noviembre 2019 y agosto 2022. Se excluyeron aquellos casos que por diferentes razones no se lograron tomar muestras biópsicas.

Resultados

Se incluyeron un total de 104 casos, las principales indicaciones fueron diagnóstico y diagnóstico con estadificación. archivo adjunto 1. El rendimiento diagnóstico fue de 94%, en 6 casos la muestra fue insuficiente para diagnóstico (muestra no valorable). Un 77% patología maligna predominando el carcinoma de pulmón, patología benigna en un 6% y muestras valorables compatibles con ganglio linfático sin afectación patológica en 17%. Respecto a la anatomía patológica, un 74% de los procedimientos contaron con extemporánea y de estos el 95% fue compatible con el resultado en diferido. En el apartado 3 se describe el máximo diagnóstico ganglionar alcanzado agrupado según la clasificación TNM (8th Edition Lung Cancer TNM).

Conclusiones

El EBUS-L nos permitió realizar diagnóstico y estadificación en pacientes con sospecha de patología maligna mediastinal en una alta proporción casos evitando cirugías innecesarias. Permite acortar los tiempos diagnósticos y definir el pronóstico mediante el máximo score TNM alcanzado.

CASOS CLÍNICOS

Manejo broncoscópico de la obstrucción maligna de la vía aérea central, reporte de caso

Ramirez Bejarano L, Londoño Mora J, Torres Villarreal M, Sanchez Morales E

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Cuadro clínico de 3 meses, pérdida de peso, tos, disnea progresiva, limitación para su actividad cotidiana.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Tabaquismo 38 paquetes/año.

Examen físico

Asimetría de la expansibilidad torácica, ausencia de murmullo vesicular en hemitórax derecho.

Tratamiento

Broncoscopia rígida con debulking tumoral con colocación de stent autoexpandible recubierto 18x60 mm.

Evolución y/o resolución del caso

Mejoría de disnea, plan de rehabilitación.

Discusión / Conclusiones

Cuando nos enfrentamos a una lesión que obstruye la vía aérea central, deben considerarse todas las opciones terapéuticas de que disponemos, valorando los potenciales beneficios y riesgos del procedimiento y las potenciales complicaciones y soluciones de éstas. Esta valoración debe realizarse individualmente, en cada caso, contando con todos los datos posibles sobre las características de la lesión y la situación de la vía aérea, la enfermedad subyacente y su pronóstico, y la situación clínica del paciente. Idealmente, estas decisiones deben realizarse contando con las opiniones de un equipo multidisciplinario.

Referencias

- Tian S, Huang H, Hu Z, Dong Y, Bai C. A narrative review of progress in airway stents. *J Thorac Dis.* mayo de 2022;14(5):1674-83.
- Mudambi L, Miller R, Eapen GA. Malignant central airway obstruction. *J Thorac Dis.* septiembre de 2017;9(Suppl 10):S1087-110.
- Mitchell PD, Kennedy MP. Bronchoscopic Management of Malignant Airway Obstruction. *Adv Ther.* 1 de mayo de 2014;31(5):512-38.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Rendimiento de la broncoscopia por navegación electromagnética como técnica independiente para la evaluación de lesiones pulmonares periféricas

Flandes J, Martínez-Muñoz F, Cruz J, Majid A, Soto F, Tuta-Quintero E, Giraldo-Cadavid L

University of Tennessee Health Science Center, Hospital de La Línea de La Concepción, IIS-Fundación Jiménez Díaz, Universidad de La Sabana, Beth Israel Deaconess Medical Center, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Fundación Neumológica Colombiana

Introducción

La broncoscopia por navegación electromagnética (BNE) se utiliza para la evaluación de lesiones pulmonares periféricas (LPP). La mayoría de los estudios de

BNE han empleado técnicas adicionales en un intento de mejorar el rendimiento diagnóstico. Evaluamos el rendimiento de la BNE como técnica de diagnóstico independiente y el rendimiento de diferentes herramientas de muestreo utilizadas durante dicho procedimiento.

Material y Métodos

Revisamos los datos clínicos y radiológicos de seguimiento de 18 meses de 160 pacientes consecutivos que se sometieron a BNE para la evaluación de las LPP en un solo centro. No se utilizó anestesia general, fluoroscopia, evaluación rápida en el sitio, ni ultrasonido endobronquial radial durante el procedimiento. Se evaluó el rendimiento diagnóstico de la BNE y las herramientas de muestreo mediante un modelo de regresión logística, una curva ROC en la que la variable dependiente fue el éxito diagnóstico (verdaderos positivos más verdaderos negativos). También se construyó un modelo multivariado para predecir el éxito diagnóstico antes de someterse a la BNE con el fin de seleccionar a los mejores candidatos para el procedimiento.

Resultados

La mayoría de los pacientes eran hombres (65%) con una edad media de 67,9 años. El tamaño medio de los nódulos fue de 16 mm. El rendimiento global del diagnóstico ENB fue del 69,4%. La prevalencia de malignidad fue de 74,0%. El cepillo de citología (CB) y la biopsia transbronquial (TBBx) proporcionaron los rendimientos más altos, 51% y 53%, respectivamente. El rendimiento fue del 66% cuando se combinaron las técnicas más habituales como sonda de aspiración + TBBx + lavado broncoalveolar + lavado bronquial (<0,001). El rendimiento diagnóstico aumentó hasta el 69 % cuando se añadieron aspiración transbronquial con aguja (TBNA) y CB (<0,001). Al agregar técnicas diagnósticas como TBBx y TBNA, se mostró un aumento en el rendimiento diagnóstico con una tendencia estadísticamente significativa ($p=0,002$). El área bajo la curva con análisis ROC de la ENB fue de 0,83 (IC 95%: 0,75 - 0,90; $p<0,001$), un valor logit de 0,12 se asoció con un 50% de probabilidad de éxito diagnóstico tal como se propuso como punto de corte para seleccionar pacientes a ENB. El neumotórax ocurrió en el 7,5% (12/160) de los procedimientos, pero solo el 2,5% (4/120) requirió drenaje.

Conclusiones

BNE como herramienta de diagnóstico independien-

te para la evaluación de LPP cuando es realizada por operadores experimentados que utilizan una técnica multimodal tiene un alto rendimiento diagnóstico cuando se realiza con múltiples técnicas de muestreo (especialmente TBB, CB y TBNA). Se propuso un punto de corte de 0.12 en la ecuación del modelo (logit) para seleccionar candidatos a BNE.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Utilidad diagnóstica del EBUS-radial en lesiones pulmonares periféricas: experiencia de un solo centro de gran volumen

Giraldo-Cadavid L, Sanmiguel-Reyes C, Navia M, Bastidas A, Tuta-Quintero E, Páez-Espinel N, Mugnier J, Violar L, Jiménez L, Suárez M, Durán M, Herrera H, Flandes J

Fundación Neumológica Colombiana, Fundación Jiménez-Díaz y Universidad Autónoma de Madrid, Fundación Cardiolinfantil de Colombia, Universidad de La Sabana

Introducción

Las lesiones pulmonares periféricas (LPP) representan un desafío diagnóstico para evitar la progresión a estadios avanzados de la enfermedad, siendo necesario la implementación de procedimientos mínimamente invasivos con buen rendimiento diagnóstico como el ultrasonido endobronquial (EBUS) radial. El objetivo fue describir el rendimiento del EBUS radial como técnica de diagnóstico independiente en pacientes con LPP.

Material y Métodos

Revisamos los datos clínicos y radiológicos de seguimiento desde 2015 a 2021 de 129 pacientes consecutivos que se sometieron a EBUS radial para la evaluación de las LPP en un solo centro. La totalidad de pacientes se sometió a anestesia general. Las variables cualitativas se resumieron según su distribución, cuyo valor $p < 0.05$, fue considerado estadísticamente significativo. Se evaluó el rendimiento diagnóstico mediante a una clasificación correcta entre los verdaderos positivos y verdaderos negativos, considerándose como un diagnóstico definitivo de patología benigna, maligna o infecciosa.

Resultados

El 51% era hombre (66/129) y el 49% mujer (63/129) con una edad media de 65,2 años en la población general. El rendimiento diagnóstico del EBUS radial fue

del 72%, se realizó citología in situ (ROSE) en 36 casos, la cual permitió mejorar el rendimiento al 78% ($p < 0.001$). El antecedente clínico de cáncer disminuyó el rendimiento a 54% en los pacientes con diagnóstico definitivo ($p = 0.044$). El tamaño medio de los nódulos fue de 22 mm en los pacientes con diagnóstico definitivo, datos similares al grupo control. El 0.8% (1/129) de los pacientes presentaron neumotórax como complicación asociada al procedimiento.

Conclusiones

El EBUS radial para la evaluación de LPP es una técnica con un buen rendimiento diagnóstico cuando se realiza por operadores experimentados en un centro con amplio volumen de pacientes. Futuros estudios son necesarios para evaluar el rendimiento con diferentes técnicas durante el mismo procedimiento.

CASOS CLÍNICOS

Intubación por broncoscopia en ruptura traumática de tráquea

Vazquez J, Vega F, Escalera P, Jacinto J

Hospital Angeles Lomas

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente con trauma semicerrado de cuello, con lesión puntiforme en cara lateral izquierda, enfisema subcutáneo, afonía, disnea, hemoptisis y aumento del trabajo respiratorio.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Paciente de 21 años de edad, en accidente automovilístico frontal contra estructura metálica, que impacta y penetra parabrisas delantero.

Examen físico

Paciente despierto, con marca horizontal de trauma en cara anterior de cuello, con lesión puntiforme izquierda, enfisema subcutáneo con abombamiento en la espiración y salida de aire y sangre a través de la misma, afónico, con tos, hemoptisis, aumento del trabajo respiratorio y saturación de 80%.

Tratamiento

Se realizó exploración e intubación orotraqueal con broncoscopia con el paciente despierto, con anestesia local y nebulizada, con sedación endovenosa, manteniendo respiración espontánea, en un sólo tiempo, para iniciar inmediatamente la anestesia general pa-

ra exploración y reparación quirúrgica abierta.

Evolución y/o resolución del caso

Con el paciente intubado por broncoscopía, se realizó exploración abierta de cuello que demostró la ruptura, separación y desalineamiento de la tráquea en su tercio superior de aproximadamente 2 cm, además de una lesión puntiforme de esófago. Se realizó anastomosis término-terminal de tráquea y cierre primario de esófago. El paciente permaneció con intubación orotraqueal por 72 horas, y ayuno por 5 días, sin complicaciones. La fonación se recuperó completamente en 30 días. La exploración endoscópica de la tráquea 30 días y 12 meses después del trauma mostró sitio de anastomosis en perfectas condiciones, sin evidencia de estenosis.

Discusión / Conclusiones

La ruptura traumática de tráquea es potencialmente fatal, tanto en trauma cerrado como abierto, el abordaje multidisciplinario, la rapidez de atención e idealmente, la intubación guiada por broncoscopía son fundamentales en la estabilización del paciente, y permiten la reparación del daño con mayor seguridad. Es de vital importancia la coordinación, la destreza y habilidad del broncoscopista, el anestesiólogo y del equipo quirúrgico, dado el riesgo inminente de complicaciones fatales durante la manipulación de la vía aérea. Cuando no es posible la intubación por broncoscopía, la única opción para el control de la vía aérea es la exploración, localización e intubación traqueal abierta urgente, la cual debe realizarse en el menor tiempo posible con el paciente en apnea.

Referencias

Wandling Michel, et al. Complex Intrathoracic Tracheal Injury. Am J Respir Crit Care 2015; 192: 20-21

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Seguimiento de pacientes con estenosis traqueal post-COVID en un centro de la ciudad de La Paz – Bolivia

Apaza Otazo M, Zotes Valdivia V

Caja de Salud de la Banca Privada

Introducción

La neumonía por SARS-COV-2 en su forma grave ha significado una elevada demanda de manejo en Terapia Intensiva, intubación orotraqueal en la mayor parte de los casos prolongada (> 10 días), requiriendo

to de traqueostomía. Posterior a la recuperación, un grupo de pacientes ha presentado lesiones en vía aérea, como la Estenosis Traqueal. El presente estudio pretende evaluar las opciones de diagnóstico y tratamiento, endoscópicas – quirúrgicas y resultados en el seguimiento.

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo, se tomaron en cuenta a todos los pacientes con estenosis traqueal post – COVID severo, ingresados en la Caja de Salud de la Banca Privada de la ciudad de La Paz entre septiembre de 2020 y diciembre de 2022, se excluyeron pacientes que a pesar de ser diagnosticados y tratados en una primera oportunidad se perdió el seguimiento.

Resultados

Se incluyeron 19 pacientes, 52,6% (10) pacientes de sexo masculino y 47,3% (9) pacientes de sexo femenino, con media de edad de 40,7 años, 52,6% (10) fueron sometidos a traqueostomía, 47,3% (9) pacientes estuvieron intubados, 8 por más de 10 días con una media de 18,3 días y 1 paciente estuvo intubado menos de 10 días. Se realizó broncoscopía diagnóstica y dilatación endoscópica con broncoscopio rígido a todos los pacientes, de los cuales 57,8% (11) presentaron una estenosis simple y 42,1% (8) estenosis compleja, el lugar de la lesión fue tercio superior traqueal en 52,6% (10) pacientes, tercio medio en 31,5% (6) pacientes y tercio inferior en 15,1% (3) pacientes. Se realizó un seguimiento posterior a la dilatación endoscópica, 10,5% (2) no requirieron una nueva dilatación únicamente el seguimiento periódico sin evidencia de recidivas, 36,8% (7) fueron sometidos a colocación de stent traqueal y 52,6% (10) pacientes fueron sometidos a traqueoplastia, se tuvo una recidiva de estenosis post quirúrgica resuelta mediante la colocación de stent traqueal.

Conclusiones

En el presente estudio se evaluó la eficacia de los procedimientos endoscópicos y quirúrgicos, destaca la elevación en la frecuencia de la presentación de casos asociada al incremento en la demanda de ingresos a Terapia Intensiva producto de la pandemia. Encontramos que los procedimientos endoscópicos han sido el mejor método diagnóstico y terapéutico en primera instancia, la colocación de stent traqueal se realizó en pacientes en los que la opción quirúrgica no era posible por distintas causas como rechazo a procedi-

miento quirúrgico, alto riesgo quirúrgico, localización de difícil abordaje, recidiva de estenosis postquirúrgica. Finalmente, el tratamiento quirúrgico ha demostrado resolución definitiva de la mayor parte de los casos, con un caso de recidiva el cual fue tratado mediante la colocación de un stent traqueal.