

ESTENOSIS TRAQUEAL IDIOPÁTICA. PRESENTACION DE UN CASO TRATADO CON LASER

M.J. Linares Serrano, E. Fernández Vázquez, E Cañizares Sevilla, E González Vargas, G. Sáez Roca, J.M. Díez Piña, A. Sánchez Palencia(*).

Servicio de Neumología. (*) Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Presentamos el caso de una mujer de 30 años que consulta por crisis de disnea recurrente acompañadas de estridor. Una tomografía computarizada (TC) de tórax demostró una estenosis traqueal a nivel subglótico que se confirmó mediante ribrobroncoscopia. Después del tratamiento mediante resección con láser Nd-YAG la paciente está asintomática al año de seguimiento.

Palabras clave:

- Estenosis traqueal.
- Láser.

IDIOPATHIC TRACHEAL ESTENOSIS. PRESENTATION OF ONE CASE TREATED WITH LASER.

We present a 30 years-old woman with recurrent paroxysmal dyspnea and stridor. A computed tomography of the thorax showed a subglottic tracheal stenosis that was confirmed by fiberoptic bronchoscopy. The patient underwent Nd-YAG laser resection of the tracheal stenosis and she was asymptomatic after a year or follow-up.

Key words:

- Tracheal stenosis.
- Laser therapy.

INTRODUCCIÓN

Las estenosis laringotraqueales adquiridas no neoplásicas pueden ser locales o difusas⁽¹⁻²⁾. La mayoría de las veces, este tipo de estenosis "benignas" se dan en pacientes con historia previa de intubación, trauma, infección o enfermedad sistémica concomitante. Excepcionalmente, una estenosis traqueal se puede presentar en un paciente sin ninguno de estos factores subyacentes, etiquetándose entonces la estenosis como idiopática. La mayoría de los casos descritos en la literatura corresponden a la serie de Grillo et al.⁽³⁾, en la que describen 49 casos durante un período de 21 años. En todos ellos el tratamiento de elección fue quirúrgico, mediante resección de la estenosis y anastomosis término-terminal. Presentamos un nuevo caso con buena respuesta a tratamiento con laser Nd-YAG.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 28 años fue remitida a nuestra consulta ambulatoria por una historia de crisis de disnea intercurrente desde hacía 5 años, que habían empeorado en los últimos 6 meses obligándola a visitar la sala de urgencias en una ocasión. Había sido diagnosticada de asma bronquial y era tratada con broncodilatadores desde entonces, sin experimentar mejoría subjetiva. La paciente no tenía hábitos tóxicos ni refería otros antecedentes de interés. En la exploración destacaba un estridor audible inspiratorio y espiratorio con algunos roncus en ambos campos pulmonares. El resto de la exploración era normal. Ante la sospecha inicial de obstrucción de vía aérea

superior, se practicó una espirometría y curvas flujo-volumen en las que se apreció una marcada reducción en los flujos inspiratorios y expiratorios, con un "plateau" en ambas fases. Un examen otorrinolaringológico no evidenció anomalías. Una TAC (Fig. 1) y una radiografía lateral de cuello (Fig. 2) demostraron una estenosis traqueal concéntrica, en región subglótica, con una extensión de 2 cm y un diámetro mínimo de luz traqueal de 9 mm, sin evidencia de afectación cartilaginosa ni signos tumorales indirectos. Inmediatamente se practicó una fibrobroncoscopia que confirmó una estenosis del 50% de la luz bronquial a nivel del primer anillo traqueal, a expensas de tejido fibroso concéntrico. Ante las características morfológicas de la lesión y su naturaleza aparentemente benigna se procede a fotorresección de la lesión con láser Nd-YAG con broncoscopio rígido. Tras el procedimiento se consigue un calibre por donde pasa holgadamente el broncoscopio rígido de 12 mm de diámetro interno.



Fig 1. Tomografía computarizada de cuello mostrando una estenosis traqueal concéntrica.



Fig. 2. Radiografía lateral de cuello en la que se aprecia una estenosis a nivel del tercio superior de la tráquea.

En una revisión realizada 10 meses después se repitieron curvas flujo-volumen, TAC de cuello y fibrobroncoscopia, estando todas las pruebas dentro de la normalidad. Asimismo, la paciente hace vida normal, está asintomática y lleva con normalidad un embarazo de 7 meses.

DISCUSIÓN

La estenosis traqueal idiopática, afecta generalmente a mujeres de edad media, en cuya historia clínica no hay antecedentes de intubación, trauma, infección o enfermedad sistémica subyacente. Las manifestaciones clínicas son iguales a las estenosis traqueales debidas a otras etiologías, destacando el estridor como síntoma prominente y crisis de disnea recurrente⁽⁴⁾. La duración de la sintomatología desde su comienzo hasta que es diagnosticada varía de 4 meses a 15 años con una media de 1 a 3 años en la mayoría de los casos, e invariablemente son etiquetados y tratados (al igual que en nuestra paciente) como asma bronquial. Es un cuadro mucho más frecuente en mujeres (46 de 49 de la serie de Grillo et al.) aunque no se sabe el porqué.

En la mayoría de los pacientes descritos hasta ahora, la estenosis se localizó en la porción subglótica laríngea y con distintos grados de severidad⁽³⁾. El grado máximo de estenosis suele situarse a nivel cricoideo y en el nivel más alto de la tráquea. Las lesiones son la mayoría de las veces de tipo circunferencial y la función de las cuerdas vocales usualmente está intacta. Desde el punto de vista histopatológico, en las muestras de biopsia destaca una fibrosis densa de tipo queloide, con engrosamiento de la adventicia y lámina propia, y con pequeñas áreas de proliferación de células "en huso" similar a la observada en la mediastinitis fibrosante, tiroiditis de Riedel o en la fibrosis retroperitoneal. A diferencia de las estenosis postintubación el cartílago está intacto y no existe necrosis isquémica a ningún nivel⁽²⁾.

El diagnóstico radiológico se ha realizado hasta ahora en casi todos los casos descritos con tomografías y en algún caso con TAC aunque este último no suele proporcionar información clínica beneficiosa adicional. Las estenosis suelen tener de 2 a 4 cm de largo con una luz traqueal de 3 a 5 mm de diámetro en el punto más estrecho⁽⁵⁾. Las curvas flujo-volumen muestran invariablemente una obstrucción fija extratorácica.

El tratamiento en la mayor parte de los casos descritos hasta ahora (35 de 49 de la serie de Grillo et al.) ha sido mediante cirugía (resección laringotraqueal con laringotraqueoplastia o resección segmentaria cricotraqueal) con muy buenos resultados, pues sólo 2 pacientes precisaron dilataciones posteriores y 1 requirió traqueostomía permanente⁽³⁾. Estos autores recomiendan descartar antes otras entidades que pueden producir estenosis traqueal no neoplásica (policondritis recidivante, granulomatosis de Wegener, amiloidosis) las cuales pueden no responder a reconstrucción quirúrgica. En nuestro caso, los hallazgos de las muestras de biopsia, junto a las características morfológicas de la lesión y la ausencia de otros datos clínicos que sugieran estos últimos procesos, nos induce a descartarlos y a considerar la estenosis como idiopática.

Un dato de interés en nuestro caso es la modalidad de tratamiento elegido. Varias técnicas menos invasivas que la cirugía radical han sido utilizadas como tratamiento de estenosis traqueales concéntricas. Entre estas variantes terapéuticas se incluyen la dilatación con balón, prótesis traqueales y fotoresección con láser de CO₂ o Nd-YAG. En una serie reciente⁽⁷⁾, en la que se utilizó láser Nd-YAG en 18 pacientes con estenosis traqueal concéntrica de diferentes causas, únicamente en dos casos la etiología fue desconocida, en uno de ellos el tratamiento fue resolutorio y en el otro no se pudo efectuar un seguimiento del paciente. Estos dos casos, al contrario que el nuestro, se localizaban en el tercio distal de la tráquea.

En conclusión, la estenosis traqueal idiopática, aun que es una causa muy poco común de estenosis local de la vía aérea, debe sospecharse especialmente en mujeres de edad media con historia de crisis de disnea de aproximadamente 2 años de evolución, en las que probablemente se ha diagnosticado erróneamente un asma bronquial, que no mejoran tras tratamiento broncodilatador y en las que se han descartado otras causas de estenosis traqueal. El tratamiento habitualmente recomendado es quirúrgico, con buena evolución en los casos descritos hasta ahora, y así, en la serie de Grillo et al., en un seguimiento realizado entre 1 y 15 años⁽³⁾,

únicamente en 2 casos hubo que recurrir a dilataciones posteriores o bien a tratamiento con láser por recidiva de la estenosis. Creemos, sin embargo, que un tratamiento inicial con láser Nd-YAG puede ser intentado en este tipo de estenosis, aunque reconocemos que el período de seguimiento de nuestro paciente todavía es corto, y se necesitarían más casos para considerarla una terapéutica alternativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berkmen YM. The trachea. *Radiol Clin North Am* 1984; 22: 539-562.
2. Weber AL, Grillo HC. Tracheal stenosis: an analysis of 151 cases. *Radiol Clin North Am* 1978; 16: 291-308.
3. Grillo HC, Mark EJ, Mathisen DJ, Wain X. Idiopathic laryngotracheal stenosis and its management. *Ann Thorac Surg* 1993; 56: 80-87.
4. Jazbi B, Goodwin C, Tackett D, Faulkner S. Idiopathic sub glottic stenosis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1977; 86: 644-648.
5. Bhalla M, Grillo HC, Mc Loud TC, Shepard JO, Weber AL, Mark EJ. Idiopathic laryngotracheal stenosis: Radiologic Findings. *Am J Radiol* 1993; 161: 515-517.
6. Colt HG, Harrel J, Neurnan TR, Robbins T. External fixation of subglottic tracheal stents. *Chest* 1994; 105: 1653-1657.
7. Mehta AC, Lee FY, Cordasco EM, Kirby T, Eliachar J, De Buer G. Concentric tracheal and subglottic stenosis. Management using the Nd-YAG laser for mucosal sparing followed by gentle dilatation. *Chest* 1993; 104: 673-677.