

Manejo de la vía aérea en un paciente con bronquio traqueal.

J. Anido-Guzmán¹, S. M. Mata-Suarez², P. Varone², G. García Fornari², D. Smith³.

¹Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, España.

²Servicio de Anestesiología, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina.

³Sección Cirugía de Tórax, Servicio de Cirugía, Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina

Introducción

El bronquio traqueal (BT) es una variante anatómica congénita que consiste en la existencia de bronquios accesorios que se originan en la tráquea supracarinal. Tiene una incidencia del 0,1-3% en la población y asociarse a otras anomalías.

Descripción del caso

Un paciente de 21 años, con diagnóstico de empiema programado para toilette pleural por videotoracoscopia asistida (VATS). Luego de la inducción con anestesia total intravenosa, con técnica *target-controlled infusion* de propofol y remifentanilo, se colocó un tubo doble lumen (41 Fr, izquierdo), se corroboró su posicionamiento por videobroncoscopia y se comenzó con la ventilación selectiva. Tras el inicio de la cirugía, se evidenció ausencia de colapso pulmonar en el lóbulo superior derecho. En una nueva videobroncoscopia, no es posible identificar el bronquio del segmento apical superior del lóbulo superior derecho (LSD). En una inspección posterior, se evidencia un BT supernumerario ubicado 2 cm por encima de la carina traqueal (Fig.1) que ventilaba el segmento apical del LSD y se correspondía con los estudios por imágenes preoperatorios (Fig.2). Finalmente, se ajustó la profundidad del tubo, se bajó la presión del manguito traqueal (por debajo de 20 mmHg) permitiendo el colapso del LSD e inició la ventilación unipulmonar en modo presión control.

El procedimiento programado se realizó en forma satisfactoria y sin complicaciones.

Discusión

Los tipos frecuentes de BT son el supernumerario y el dislocado, con una marcada predilección por el lado derecho. En ocasiones puede realizarse una intubación inadvertida con riesgo de atelectasia, neumonía post-obstructiva, neumotórax o incluso ventilación unipulmonar inadecuada. El examen broncoscópico desempeña un papel definitivo en la detección de estas anomalías. En nuestro caso caso, la instalación con baja presión y el desinflado del manguito traqueal aseguraron un colapso adecuado del lado quirúrgico, es decir, el LSD y el BT. Cuando el sitio quirúrgico está opuesto al BT, una alternativa adecuada es el bloqueo bronquial selectivo al pulmón lesionado. La identificación y el manejo de estas variantes requiere una evaluación exhaustiva de las imágenes preoperatorias, además de los conocimientos exhaustivos de la anatomía normal, las anomalías de la tráquea y experiencia con el uso de la broncoscopia.

Conclusión

La valoración preoperatoria del árbol traqueal y la videobroncoscopia intraoperatoria constituyen herramientas invaluable en el manejo de estas anomalías congénitas, con el objetivo de evitar complicaciones en la ventilación unipulmonar.

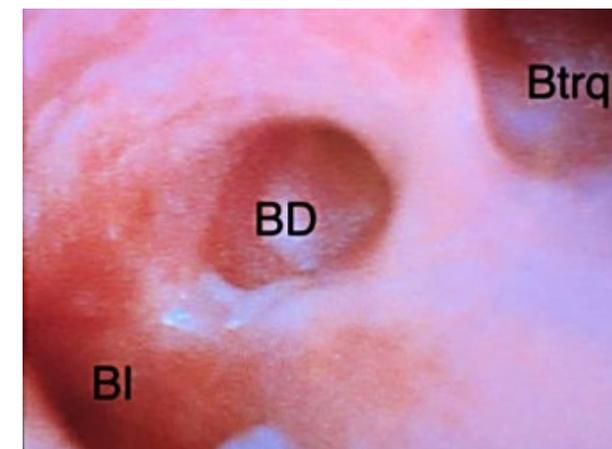


Fig 1. Tomografía computada de tórax preoperatoria (T: tráquea; BT: bronquio traqueal). **Fig 2.** Broncoscopia en quirófano (BI: bronquio izquierdo; BD: bronquio derecho; BT y Btrq: bronquio traqueal).