

## #031 | El uso de la Circulación Extracorpórea en el manejo de la estenosis traqueal compleja.

Alvaro Saucedo<sup>1</sup>; Ramiro Arismendi<sup>1</sup>; Fabricio Corderi<sup>1</sup>; Leandro Cura<sup>1</sup>

1 - Cardiocentro.

### Introducción:

Las intervenciones endoscópicas sobre la vía aérea conllevan un riesgo implícito de oclusión completa accidental de la misma, lo que puede resultar en la imposibilidad de ventilar al paciente. Este riesgo se ve relacionado con la complejidad del procedimiento planificado. En situaciones de alto riesgo, como estas, el uso de circulación extracorpórea (CEC) en standby proporciona una seguridad adicional, asegurando la posibilidad de oxigenación en caso de emergencia. Presentamos el caso de una paciente de 16 años con un stent traqueal que experimentó migración del mismo, lo cual constituye una complicación extremadamente grave. La manipulación del stent migrado podría ocasionar una oclusión completa de la vía aérea, lo que pone en riesgo inmediato la oxigenación del paciente. Debido a esta grave posibilidad, se optó por mantener la CEC en standby durante el procedimiento.

### Historia clínica:

Antecedentes Obesidad. Patología psiquiátrica: inestabilidad afectiva, impulsividad, 3 intentos de autoeliminación previos, un ingreso a CTI por intoxicación con psicofármacos (10/2023, requirió IOT). Asma en tratamiento con salbutamol a demanda, sin ingresos previos a CTI por dicha patología. Alergia al ibuprofeno. Enfermedad actual En marzo de 2024, la paciente ingresa a CTI por intento de autoeliminación con psicofármacos en estado grave, requiriendo intubación orotraqueal (IOT). Evoluciona con estabilidad hemodinámica, pero desarrolla bacteriemia y neumonía asociada a ventilación mecánica, siendo tratada con antibióticos dirigidos. Intento fallido de extubación a los 3 días por desaturación sin estridor, logrando extubación exitosa al décimo día. Tras su egreso a psiquiatría, una semana después presenta estridor y disnea de reposo. Se inicia tratamiento con corticoides sistémicos y se solicita fibrobroncoscopia (FBC), confirmando estenosis traqueal.

### Pruebas complementarias:

Laringoscopia: sin hallazgos significativos. Broncoscopia 9/04: estenosis traqueal a 1 cm de cricoides, extendiéndose 4 cm con luz reducida al 50%. Se aspiran secreciones (sin desarrollo bacteriano o micológico). Broncoscopia 11/04 + dilatación con balón: dilatación hasta 15 mm, con episodios de desaturación que obligan a interrumpir el procedimiento, Luz final de 8 mm con mucosa inflamada. Broncoscopia 23/05 :Recidiva del estridor que motiva al reposicionamiento del stent. Re Consulta por disnea + estridor. Dado las múltiples intervenciones sin éxito terapéutico, se decide confección de stent específico para estenosis traqueal. Debido a que presenta una luz traqueal reducida de 4 mm y desaturaciones extremas, se decide realizar el procedimiento bajo circulación extracorpórea (CEC).

### Diagnóstico:

Estenosis traqueal severa post-intubación prolongada

### Discusión:

Estamos frente a una entidad poco frecuente en torno al 1-2 % pero grave, resultante de isquemia en la mucosa traqueal debido a la presión del tubo endotraqueal. Factores predisponentes incluyen intubación prolongada, estado inflamatorio e infecciones traqueales. En este caso, la paciente presentó una evolución tórpida con múltiples intervenciones para dilatación y colocación de stents, con recidivas frecuentes y migración de los dispositivos. Nuestro servicio entiende que el manejo más adecuado debe realizarse con CEC en stanby para garantizar una adecuada oxigenación y permitir una intervención segura. El manejo de la estenosis traqueal en pacientes jóvenes es desafiante, requiriendo un enfoque multidisciplinario para definir estrategias terapéuticas, considerando opciones como la resección traqueal en casos seleccionados.