**HISTORIA DE UNA VÍA AÉREA TRASPLANTADA**

*Alvarez Martínez, Haizea; Andia Torrico, Daniela; Naranjo Gozalo, Sara ; Álvarez De Abajo, Carlos; Sánchez Moreno, Laura; Mons Lera, Roberto*

*Hospital Universitario de Burgos. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.*

Se presenta el caso de un paciente de 45 años, exfumador con consumo acumulado de 20 años-paquete. Diagnosticado de EPOC tipo enfisema severo agudizador por déficit de alfa-1-antitripsina, fenotipo ZZ. En tratamiento con oxigenoterapia domiciliaria 24 horas al día y triple terapia. Presenta en TC de tórax (Fig. 1) severo enfisema pulmonar centrolobulillar y panlobulillar, con gran destrucción parenquimatosa.

Se presenta el caso en el comité de trasplantes, realizándose trasplante bipulmonar sin complicaciones inmediatas. A su llegada a planta se observa fuga aérea persistente en drenaje izquierdo. Se realiza TC y broncoscopia flexible (BF) urgente (Fig 2.), que muestra dehiscencia de sutura izquierda, por lo que el paciente es reintervenido utilizando un colgajo intercostal para la reparación.

Tras buena evolución en UCI, pasa a planta y es dado de alta. Sigue revisiones habituales, objetivándose a los 3 meses postrasplante estenosis del bronquio intermediario. Se realiza bajo broncoscopia rígida (BR) dilatación con balón a nivel del bronquio intermediario, quedando este permeable al paso. En controles posteriores no muestra recidiva de la estenosis.

El paciente persiste asintomático, pero en control dos meses después presenta importante descenso del FEV1 2690cc (69%) que produce alteración obstructiva. Se realizan TC y BF (Fig. 3) que muestran estenosis del bronquio intermediario y del LSI. Se programa BR para dilatación con balón, siendo poco eficaz en esta ocasión, por lo que se decide nueva BR para dilatación y colocación de stent Ultraflex en bronquio intermediario (Fig.4)

En controles posteriores el stent persiste permeable dejando una luz de aproximadamente el 60-70% con necesidad de retirada periódica de material de granulación, aunque ocurre una estenosis completa del bronquio del LSI. En PFR presenta importante mejoría del FEV1 a 3000cc (77,9%), encontrándose el paciente asintomático, aunque presenta BAS con Aspergillus Fumigatus que precisa de tratamiento prolongado.

**DISCUSIÓN:**

Las complicaciones a nivel de la vía aérea en pacientes con trasplante pulmonar varían en incidencia del 7 al 18% y aunque supongan un importante gasto económico y de calidad de vida no han demostrado un aumento de la mortalidad.

En el caso clínico anterior se presenta la historia de un paciente que presenta gran parte de las complicaciones de la vía aérea, algo no tan común ya que como se ha referido anteriormente la incidencia no es tan elevada.

La necrosis bronquial y dehiscencia de la sutura quirúrgica puede ir de un pequeño foco de necrosis asintomático a una separación real de los dos extremos bronquiales que condicione una fuga aérea persistente. El diagnóstico generalmente se realiza mediante BF y TC ya que la Rx de tórax tiene muy poca sensibilidad. El tratamiento depende de la severidad de la necrosis y presencia de otras complicaciones. Puede ir desde la simple observación a la reparación quirúrgica, pasando por la colocación de stents metálicos no recubiertos, hasta el retrasplante.

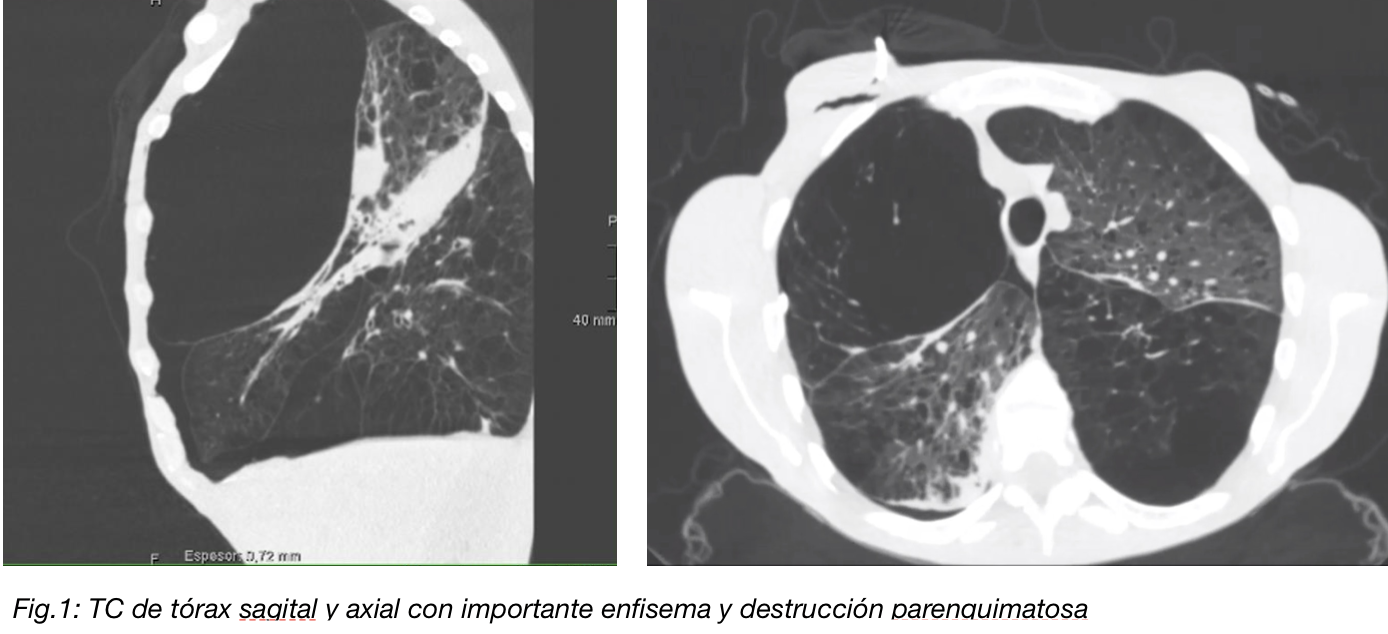
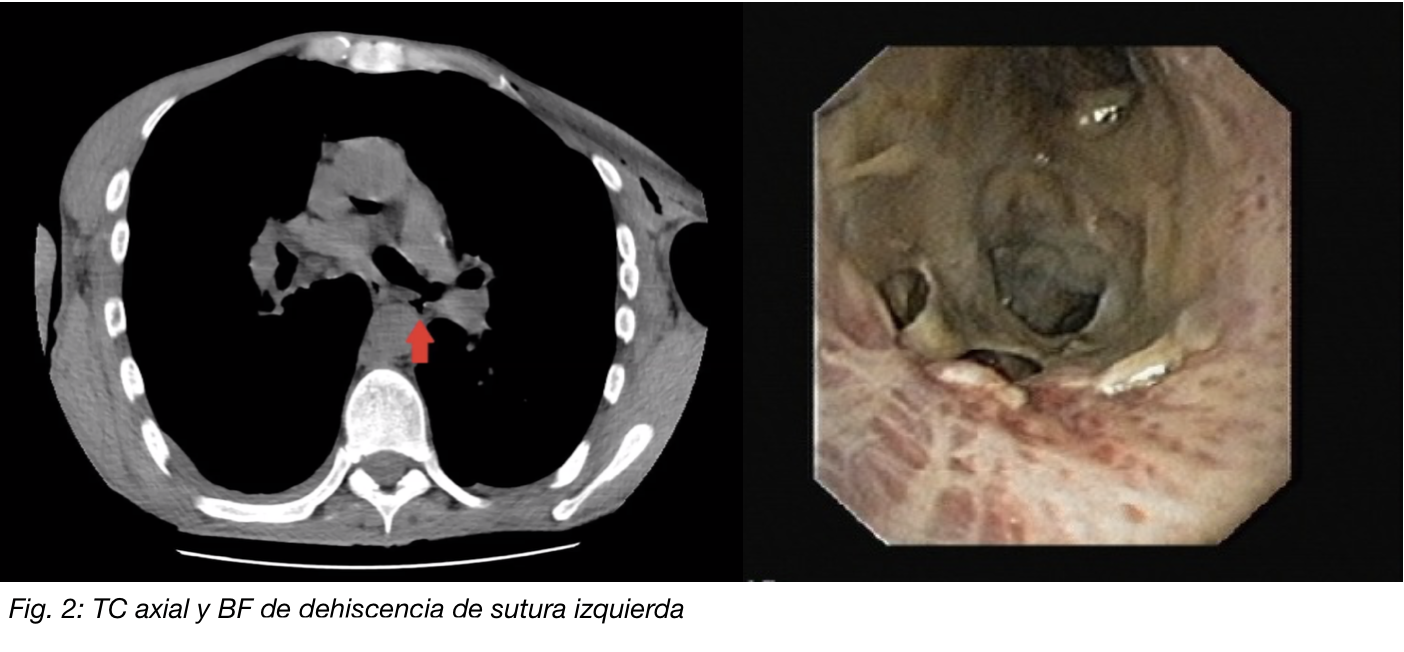
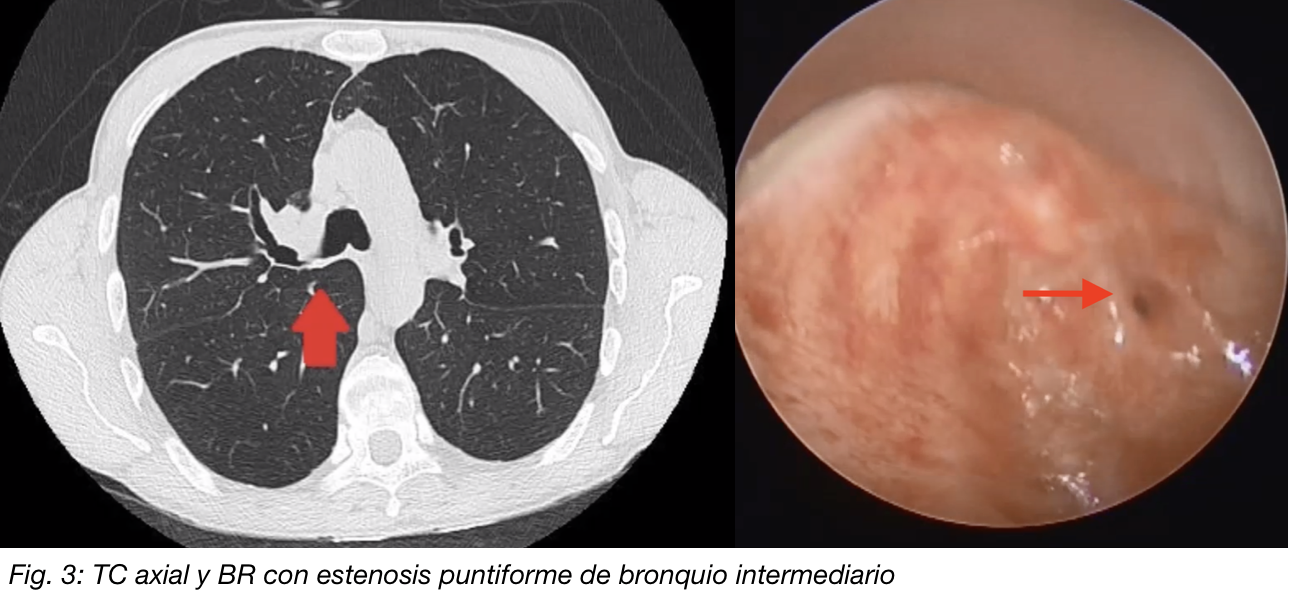
La estenosis bronquial puede clasificarse en la estenosis anastomótica debido a la sutura o la no anastomótica por fenómenos de isquemia. La estenosis no anastomótica ocurre generalmente el mes posterior a la intervención y se manifiesta por un deterioro en las PFR y clínica respiratoria del paciente, aunque puede ser asintomática y aparecer meses después. Para el diagnóstico es necesaria la realización de una broncoscopia. El tratamiento depende del grado de estenosis y la situación del tejido: se puede valorar la dilatación repetida, colocación de stents, instilación de mitomicina tópica, láser… El bronquio intermediario evanescente es una estenosis específica distal al bronquio intermediario, no relacionado con anastomosis. Se cree que el daño isquémico es el factor desencadenante aunque el rechazo agudo también puede contribuir.

La infección de la anastomosis es una complicación que ocurre generalmente por la inmunosupresión, bajo aporte vascular y acumulación de secreciones. Pseudomonas y Staphylococus son los gérmenes bacterianos que mas frecuentemente colonizan la anastomosis. Aspergillus coloniza un 20% y se convierte en invasivo en estadíos iniciales en un 3-6%.

La formación de tejido de granulación ocurre inicialmente por isquemia perioperatoria. Además, las infecciones agudizan el crecimiento del tejido. Puede causar disnea, tos o neumonías postobstructivas, viéndose incluso alteración de las PFR en casos severos. Puede realizarse observación periódica, aunque si aparece clínica o una obstrucción >25% se debería desbridar el tejido

La traqueobroncomalacia y la formación de fístulas son otras complicaciones menos frecuentes pero igual de importantes en este grupo de pacientes. Como podemos observar, nuestro paciente presentó en un corto periodo de tiempo gran parte de las complicaciones posibles a nivel de vía aérea en un paciente trasplantado. Afortunadamente, la reparación con diferentes técnicas quirúrgicas y endoscópicas han conllevado a una estabilización de dicha vía aérea, dando al paciente un buen nivel de calidad de vida.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Santacruz JF, Mehta AC. Airway complications and managenement after lung transplantation: ischemia, dehiscence and stenosis. Proc Am Thorac Soc 2009; 6:79.
2. Meyers BF, de la Morena M, Sweet SC, et al. Primary graft dysfunction and other selected complications of lung transplantation: A single-center experience of 983 patients. J Thorac Cardiovasc Surg 2005; 129:1421.
3. Date H, Trulock EP, RCIDI JM, et al. Improved airway healing after lung transplantation. An analysis of 348 bronchial anastomoses. J Thorac Cardiovasc Surg 1995;110:816
4. Chhajed PN, Malouf MA, Tamm M, et al. Interventional bronchoscopy for the management of airway complications following lung transplantation. Chest 2001; 120:1894.
5. 
6. 
7. 
8. 