**TRATAMIENTO ENDOBRONQUIAL EN TUMOR CON OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA CENTRAL**

**Autores:** Marta Belver Blanco1, Sofía Jaurrieta Largo1, Blanca de Vega Sánchez1, Ignacio Lobato Astiarraga2, Eduardo Solís García1, Carlos Disdier Vicente1

1. Servicio de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

2. Servicio de Neumología del Hospital Nuestra Señora de Sonsoles Ávila

Presentamos el caso de un varón de 60 años, sin alergias medicamentosas. Antecedentes laborales: construcción. Extabaquismo desde hace 13 años (consumo acumulado de 13 paquetes-año). Antecedentes personales: Diabetes Mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, hiperuricemia. En tratamiento con: Fenofibrato, Alopurinol, AAS, Ácido fólico, Metformina, Vidagliptina.

El paciente fue diagnosticado de neoplasia pulmonar de estirpe epidermoide que produce obstrucción de bronquio principal derecho en mayo de 2018, y derivado a nuestro centro para valoración de tratamiento endobronquial desobstructivo. El TAC de tórax al diagnostico (imagen 1) puso de manifiesto la presencia de una masa polilobulada en lóbulo superior derecho con asiento en cisura menor sin sobrepasarla y extensión a la luz del bronquio principal derecho a 1 cm de la carina con diámetros aproximados de 7.3 x 5.1 x 4.4 cm.

A su llegada a nuestro centro presentaba buen estado general, afebril, saturación de oxígeno basal de 96% y auscultación pulmonar con hipofonesis en tercio superior de hemitórax derecho, sibilancias dispersas por ambos hemitórax. Se realizo broncoscopia flexible con sedacion en propofol en perfusión continua en sala convencional de broncoscopias que revelo una lesión excrecente, no friable, con restos de fibrina en su superficie en árbol bronquial derecho a menos de 2 cm de carina principal, que permitía el paso con broncoscopio de calibre fino, apreciando abundantes secreciones distales purulentas que se aspiran, con visualización de lóbulo medio, segmento 6 y pirámide basal derecha. Ante la constatación de lecho distal en bronquio intermediario, se programo broncoscopia rígida desobstructiva bajo anestesia general (imagen 2), y mediante el empleo de asa de cauterio *(criosonda flexible Erbe® 2,4mm)* se procedió a la exéresis de la lesión con extracción mediante sonda de crioterapia de pinza tumoral entorno al 40%de la lesión en un primer momento. El uso de crioterapia combinada con nueva asa de diatermia, permitió la repermeabilización completa de la luz, con sangrado moderado que se controla mediante aspiración, instilación de suero salino y ácido tranexamico., con recanalización del 100% del bronquio principal derecho pero con oclusión del lóbulo superior.

El paciente pudo ser dado de alta en 24 horas, ante la ausencia de complicaciones, apreciando una franca mejoría en las pruebas de imagen complementarias y la exploración funcional respiratoria realizadas

**Discusión:**

La obstrucción central de la vía aérea (definida como la oclusión en más del 50% de la luz de la tráquea, bronquio principal, intermediario o lobar), representa una complicación grave del cáncer de pulmón (presente en el 30% de los casos) y que amenaza la vida del paciente, siendo la causa última del fallecimiento en el 40% de los pacientes. (1) En situaciones clínicas con pacientes inoperables por su clase funcional, tumores irresecables o estadio tumoral avanzado, el tratamiento broncoscópico local restaura la vía aérea en breve espacio de tiempo, con rápida mejoría de la sintomatología del paciente y de la calidad de vida en comparación con la quimioterapia sistémica convencional y la radioterapia. (2)

El uso de la broncoscopia como técnica terapéutica permite la desobstrucción y repermeabilización tumoral como técnica complementaria al tratamiento con la poliquimioradioterapia convencional, indicada en obstrucciones centrales graves que ponen en riesgo de forma inminente la vida del paciente y en obstrucciones con reducción de la luz bronquial en más del 50%, disnea, hemoptisis, atelectasia o neumonitis obstructiva. (3)

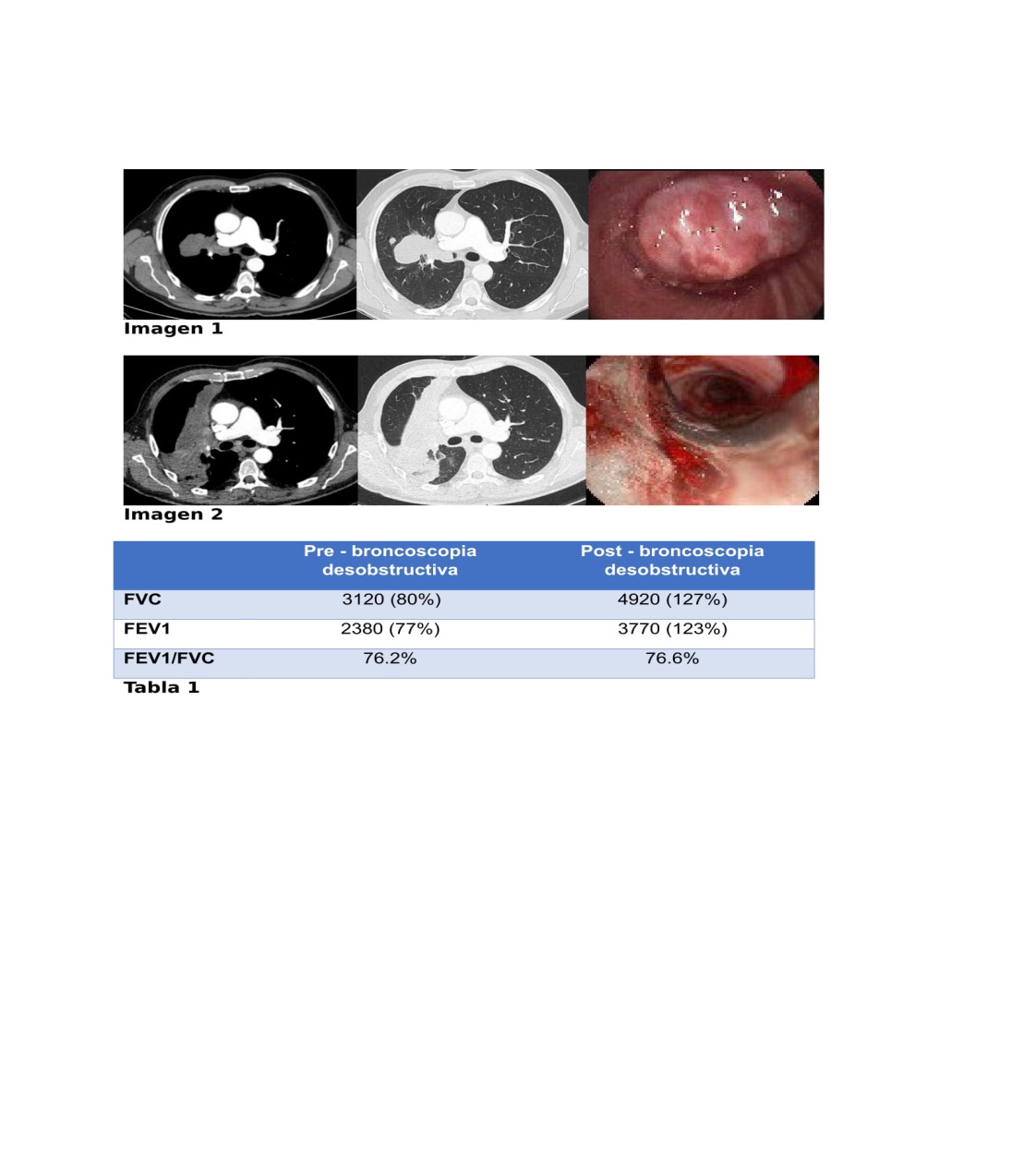
El uso del broncoscopio rígido requiere de un entrenamiento específico, permitiendo asegurar la vía aérea central y la ventilación mecánica mientras se procede al tratamiento intervencionista. La combinación de técnicas endoscópicas permite aumentar la posibilidad de éxitos, siendo variable su utilización según las disposición y experiencia de cada equipo. En nuestro caso, se opto por el empleo del electrocauterio endobronquial (que utiliza la acción terapéutica del calor y presenta indicaciones similares al láser endobronquial) y la crioterapia (basada en la aplicación de temperaturas extremadamente bajas en los tejidos, causando su congelación, sin necesidad de disminuir la FIO2 intraoperatoria y con improbable perforación de estructura adyacentes) por la mayor experiencia previa, menores contraindicaciones y menor coste respecto a otros tratamientos disponibles.

Sin embargo, no debe de olvidarse que las complicaciones son posibles, y algunas de las descritas en la literatura son potencialmente graves, como la presencia de fuego intrabronquial, hemorragia, perforación o estenosis.

Resulta fundamente una adecuada indicación de la técnica, demostrando la presencia de lecho distal viable y crecimiento endoluminal del tumor para la obtención de óptimos resultados.

**Bibliografía:**

1. Scarlata S, Fuso L, Lucantoni G et al. The technique of endoscopic airway tumor treatment. Journal Of Thoracic Disease. 2017; 9(8): 2619-2639.
2. Mohan A, Harris K, Bowling MR et al. Therapeutic bronchoscopy in the era of genotype directed lung cancer management. Journal of Thoracic Disease. 2018;10(11):6298–6309.
3. Mudambi L, Miller R, Eapen GA. Malignant central airway obstruction. Journal of Thoracic Disease. 2017;9(Suppl 10):S1087–S1110.
4. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in Globocan 2012. International Journal of Cancer 2015;136:E359-86.

****