

buenos resultados⁴; INFalfa2b⁵ y el trasplante bipulmonar⁶. Es una enfermedad progresiva con alta tasa de recurrencias y mal pronóstico, siendo la principal causa de muerte el deterioro respiratorio secundario a infecciones o a derrames pleuropericárdicos.

El caso presentado ha sido especialmente inusual por la edad de debut, la más elevada reflejada en la literatura; y por la expresión clínica, con adenopatías mediastínicas y afectación pleuroparenquimatosa desde el inicio, diferente a la mayoría de casos publicados. La cirugía mínimamente invasiva se utilizó tanto para el diagnóstico como para el tratamiento con resultados positivos, mostrándose como una técnica eficaz con mínima morbimortalidad. A pesar del mal pronóstico de la enfermedad, el paciente C

Tras cinco años del tratamiento no ha presentado nuevos episodios de derrames pleuro-pericárdicos ni ha precisado ingreso por otra sintomatología, presentando en la actualidad solo disnea a esfuerzos.

Agradecimientos

Dr. J. López, Servicio de Neumología por su colaboración y ayuda.

Bibliografía

1. Faul JL, Berry GJ, Colby TV, Ruoss SJ, Walter MB, Rosen GD, et al. Thoracic lymphangiomas, lymphangiectasis, lymphangiomatosis, and lymphatic dysplasia syndrome. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000;161:1037-46.

- Raman S, Pipavath S, Raghu G, Schmidt R, Godwin J. Imaging of thoracic lymphatic diseases. *AJR.* 2009;193:1501-13.
- Rostom AY. Treatment of thoracic lymphangiomatosis. *Arch Dis Child.* 2000;83:138-9.
- Bermejo EJ, Mongil R, Arrabal R, Fernández A, Benitez A, Fernández JL. Lymphangiomatosis torácica difusa: diagnóstico y tratamiento. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:599-601.
- Ozeki M, Funato M, Kanda K. Clinical improvement of diffuse lymphangiomatosis with pegylated interferon alfa-2b therapy: case report and review of the literatura. *Pediatr Hematol Oncol.* 2007;24:513-24.
- Kinnier CV, Eu JPC, Davis RD, Howell DN, Sheets J, Palmer SM. Successful bilateral lung transplantation for lymphangiomatosis. *Am J Transplant.* 2008;8:1946-50.

Y. Caballero*, D. Pérez y J.R. Cano

Sección de Cirugía Torácica, Servicio Cirugía General y del Aparato Digestivo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yure_hop@hotmail.com (Y. Caballero).

doi:10.1016/j.arbres.2011.06.001

Estenosis bronquial postrasplante pulmonar

Bronchial stenosis after lung transplantation

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo recientemente publicado por el Dr. Fernández-Bussy et al sobre el tratamiento de las complicaciones de la vía aérea tras el trasplante pulmonar¹. Los autores nos describen su experiencia a lo largo de ocho años y nos sugieren un esquema de tratamiento a seguir. En nuestra opinión, el estudio aborda un tema de gran relevancia y actualidad ya que, por un lado, se está asistiendo a un crecimiento importante de la actividad trasplantadora pulmonar y, por otro, las posibles complicaciones de la vía aérea que pueden acontecer en estos pacientes no siempre son tratadas en centros especializados en el abordaje de la vía aérea.

Tal como refieren los autores, ante estenosis de la anastomosis bronquial, la terapia endoscópica mediante dilatación con balón puede suponer la primera opción de tratamiento, precisando de implantación de stent endobronquial cuando tras 3 o 4 sesiones no se obtengan resultados definitivos. En nuestro grupo, las estenosis más graves son tratadas mediante dilatación neumática previa realización de cortes radiales con electrocauterio de la zona fibrótica de la estenosis, seguido de implantación de stent en casos seleccionados. En trabajos previos, nuestro grupo ha sugerido que el empleo local de mitomicina C tópica, tras cortes radiales con electrocauterio y dilatación con balón de alta presión, puede evitar esta última medida en un subgrupo seleccionado de pacientes^{2,3}. Se trata de un

agente antineoplásico que inhibe la proliferación fibroblástica y que ha sido ampliamente utilizado en otras localizaciones diferentes al árbol traqueobronquial^{4,5}.

En nuestra experiencia, desde el inicio del programa de trasplante pulmonar en el centro, en octubre de 1993, se han realizado 335 trasplantes de pulmón con 537 suturas en riesgo. Se han detectado un total de 45 complicaciones de la vía aérea en 34 pacientes (10,1% del total de pacientes trasplantados), la mayoría de ellos en trasplantes bipulmonares (60%).

Durante este periodo, se registraron 37 estenosis bronquiales en 28 pacientes, la mayoría circunferenciales, y en 7 casos resultaron bilaterales. Se observaron 22 estenosis con afectación únicamente del segmento que englobaba la sutura, 10 estenosis con afectación distal a la sutura y prolongada hasta bronquios de primer y segundo orden, y 5 combinaban ambos tipos. En cuanto al abordaje terapéutico, 6 casos fueron estenosis leves en los que se optó por seguimiento endoscópico seriado, mientras que 26 precisaron dilatación mecánica y 5 pacientes se trataron con láser-electrocauterio. En las estenosis que progresaron o recidivaron tras el primer tratamiento endoscópico (n = 18), en 10 casos se precisó la colocación temporal de endoprótesis y en 8 pacientes se combinó dilatación neumática con la aplicación endobronquial de láser o electrocauterio. En 2 de estos casos se añadió la aplicación local con mitomicina C ante la persistencia de tratamientos endoscópicos (fig. 1). El requisito para la misma fue que hubieran transcurrido al menos 3 meses desde la fecha del trasplante. Con este intervalo se evita el riesgo de dehiscencia de sutura con este fármaco antifibrótico. Ambos casos evolucionaron favorablemente con estabilización de la estenosis bronquial.

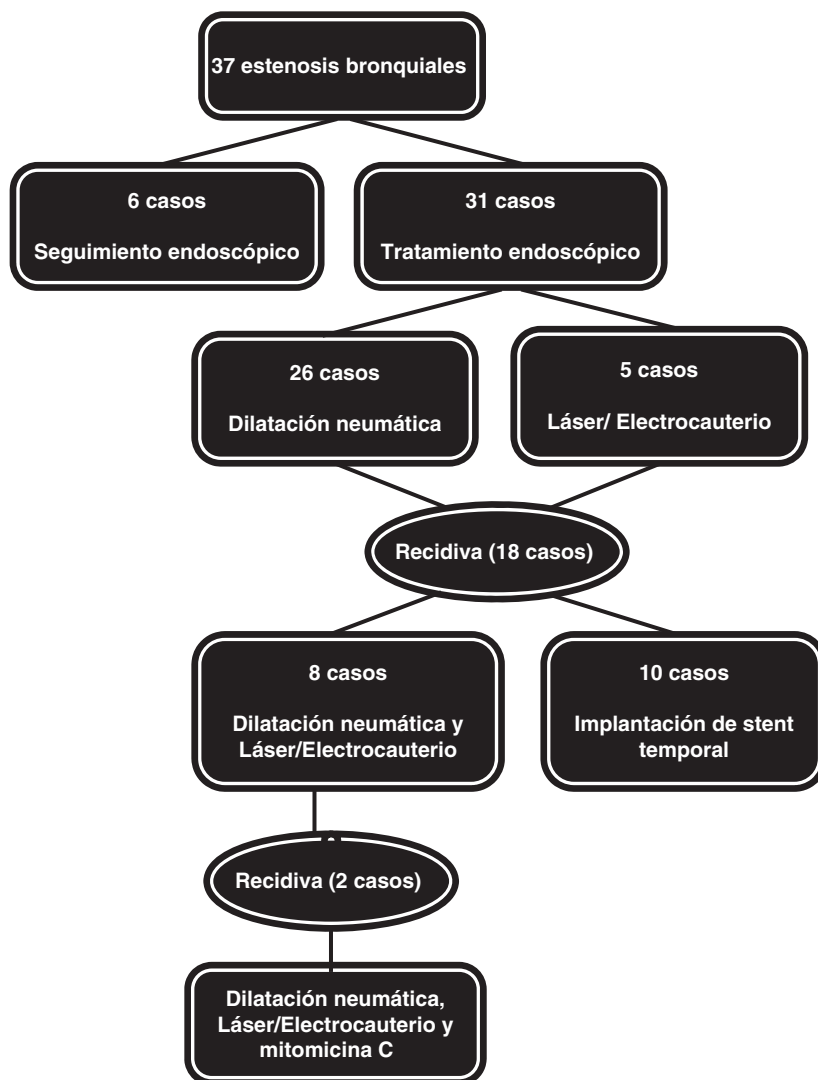


Figura 1. Tratamiento endoscópico de las estenosis bronquiales postrasplante pulmonar en nuestro centro.

Bibliografía

1. Fernández-Bussy S, Fernández-Bussy S, Majid A, Caviedes I, Akindipe O, Baz M, et al. Tratamiento de complicaciones en la vía aérea postrasplante pulmonar. Arch Bronconeumol. 2011;47:128-33.
2. Cosano-Povedano J, Muñoz-Cabrera L, Jurado-Gámez B, Fernández-Marín MC, Cobos-Ceballos MJ, Cosano-Povedano A. Topical mitomycin C for recurrent bronchial stenosis after lung transplantation. J Bronchol. 2008;15: 281-3.
3. Fernandez-Marín MC, Ibañez R, Cobos MJ, Arenas de Larriva MS, Muñoz Calero B, Jurado Gámez B, et al. Eficacia de la mitomicina C tópica en la prevención de la reestenosis traqueobronquial. Arch Bronconeumol. 2008;44Suppl: 216.
4. Ubell ML, Ettema SL, Toohill RJ, Simpson CB, Merati AL. Mitomycin C application in airway stenosis surgery: analysis of safety and costs. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2006;134:403-6.
5. Daher P, Riachy E, Georges D, Georges D, Adib M. Topical application of mitomycin C in the treatment of esophageal and tracheobronchial stricture: a report of 2 cases. J Pediatr Surg. 2007;42:e9-11.

Marisol Arenas-De Larriva*, Andrés Cosano-Povedano y Francisco Santos-Luna

Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: arlam23@hotmail.com (M. Arenas-De Larriva).

doi:10.1016/j.arbres.2011.05.002