

Cartas al Director

Compresión traqueal secundaria a una luxación esternoclavicular posterior**Tracheal Compression Secondary to Posterior Sternoclavicular Dislocation**

Sr. Director:

La luxación traumática esternoclavicular posterior (LTEP) es infrecuente pero puede provocar lesiones mediastínicas graves. Presentamos un paciente con LTEP y compresión traqueal sintomática que requirió tratamiento quirúrgico.

Varón de 16 años con un traumatismo torácico directo. A las 48 h consultó por dolor en hombro derecho y tos. La exploración física observó deformidad de la articulación esternoclavicular y limitación de la abducción 90°. La radiografía de tórax demostró la luxación esternoclavicular posterior realizándose una reducción cerrada e inmovilización con slin. Transcurridos 15 días persistía la tos, el estridor y la dificultad respiratoria. La tomografía computarizada (TC) confirmó la LTEP derecha con compresión traqueal severa (fig. 1). La cirugía consistió en reducción y estabilización mediante cerclaje con alambre. Los síntomas respiratorios desaparecieron.

La luxación de la articulación esternoclavicular es infrecuente (<1%) debido a los potentes ligamentos, afecta a jóvenes menores de 25 años y la causa más frecuente es el accidente de tráfico (40%). El 95% son anteriores, debido a que los ligamentos posteriores son más gruesos y fuertes que los anteriores¹. La LTEP se produce por traumatismo anterior de la clavícula (mecanismo directo) o traumatismo posterolateral del hombro (mecanismo indirecto)². Hasta el 30% de las LTEP afectan a estructuras del mediastino como son: plexo braquial, vena braquiocéfálica, arteria innominada, tráquea, bronquios y esófago³. El diagnóstico se basa en la

anamnesis, la exploración física y la radiología⁴. La exploración presenta pérdida de congruencia articular, depresión esternoclavicular, dolor e impotencia funcional. Otros síntomas derivan de las estructuras mediastínicas afectadas: congestión venosa, disfgia, tos, disnea y estridor¹. La compresión traqueal es infrecuente y se debe sospechar si un LTEP se acompaña de tos, estridor o disnea³. La radiografía de tórax debe ser el estudio inicial (luxación, fracturas costales-clavicular, neumotórax y neumomediastino)⁴. Los ultrasonidos han demostrado su utilidad, aunque su uso está poco extendido. La TC es de elección para confirmar la LTEP y descartar complicaciones mediastínicas¹⁻⁴. En pacientes con alergia al contraste se puede utilizar la resonancia magnética. La fibrobroncoscopia no es imprescindible para el diagnóstico. El tratamiento varía en función del tiempo transcurrido y las lesiones asociadas. El tratamiento ortopédico se realiza en LTEP antes de 48 h sin complicaciones mediastínicas. Consiste en reducción cerrada y fracasa hasta en el 50% de los casos en forma de recurrencia o subluxación anterior inestable¹. El tratamiento quirúrgico consiste en la reducción-estabilización y se indica cuando pasan más de 48 h del traumatismo, fracasa la reducción cerrada, hay inestabilidad o recurrencia de la LTEP y lesiones mediastínicas. Se han descrito múltiples técnicas de estabilización, como la fijación con agujas o alambre, la reconstrucción articular mediante tendón subclavio, músculo esternocleidomastoideo y fascia lata (tenodesis), el cerclaje costoclavicular-claviculoesternal y la resección del tercio interno clavicular⁵. El diagnóstico tardío y la falta de tratamiento se suelen asociar a complicaciones como son la artritis, la fístula traqueoesofágica o un síndrome del estrecho torácico superior^{1,2}.

La LTEP con lesión traqueal es muy infrecuente. Debe sospecharse en pacientes con traumatismo clavicular o del hombro que presentan síntomas respiratorios. El diagnóstico se basa en la TC y el tratamiento de elección es la reducción-estabilización quirúrgica.



Figura 1. Corte axial y sagital de tomografía computarizada que demuestra el desplazamiento posterior de la cabeza clavicular con compresión traqueal.

Bibliografía

1. Groh GI, Wirth MA. Management of traumatic sternoclavicular joint injuries. *J Am Acad Orthop Surg.* 2011;19:1-7.
2. Gil-Albarova J, Rebollo-González S, Gómez-Palacio VE, Herrera A. Management of sternoclavicular dislocation in young children: Considerations about diagnosis and treatment of four cases. *Musculoskelet Surg.* 2013;97:137-43.
3. Nakayama E, Tanaka T, Noguchi T, Yasuda J, Terada Y. Tracheal stenosis caused by retrosternal dislocation of the right clavicle. *Ann Thorac Surg.* 2007;83:685-7.
4. Jacob M, Snashall J, Dorfman A, Shesser R. X-Ray-negative posterior sternoclavicular dislocation after minor trauma. *Am J Emerg Med.* 2013;31:e3-5.
5. Janson JT, Rossouw GJ. A new technique for repair of a dislocated sternoclavicular joint using a sternal tension cable system. *Ann Thorac Surg.* 2013;95:5-55.

Pedro M. Rodríguez Suárez*, Mohamed Hussein Serhal y Jorge L. Freixinet Gilart

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: prosu2001@yahoo.es (P.M. Rodríguez Suárez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.10.004>

Seudomembrana traqueal inflamatoria



Inflammatory tracheal pseudomembrane

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo recientemente publicado por Crespo-Lessmann y Torrego-Fernández, en el que se presentaba un paciente afecto de seudomembrana traqueal inflamatoria obstructiva (en forma de tabique traqueal) secundaria a episodios de intubación endotraqueal repetidos. En dicho artículo, los autores nos describen la total resolución del proceso mediante fisioterapia respiratoria y administración de antiinflamatorios (glucocorticoides)¹.

La seudomembrana fibrosa obstructiva es un proceso raro, pero probablemente más frecuente de lo que se reporta en la literatura. Su origen radica en una isquemia de la mucosa traqueal, habitualmente de origen iatrogénico, que induce la producción de factores de crecimiento y una regeneración anómala². El resultado es la formación de una membrana de consistencia fibrosa que oblitera parcialmente la luz traqueal, y que puede llegar incluso a ocuparla en su totalidad³. Tal y como afirman los autores estas lesiones adquiridas de tipo inflamatorio pueden resolverse de manera espontánea tras cierto periodo de tiempo. Sin embargo, es frecuente que se comprometa la vía aérea central, en cuyo caso se hace imprescindible aplicar medidas endoscópicas intervencionistas con rapidez.

Exponemos nuestra experiencia con un paciente varón de 69 años no fumador intervenido quirúrgicamente de hernia discal lumbar precisando para dicho procedimiento anestesia general e

intubación orotraqueal. El procedimiento se realizó con el paciente en decúbito prono lo que favoreció el aumento de presión del manguito endotraqueal. Durante el postoperatorio inmediato el paciente sufrió una parada respiratoria y fue reintubado. Se llevó a cabo una broncoscopia flexible donde se evidenció una seudomembrana fibrinada en rodete, parcialmente desprendida, que estenosaba la luz traqueal en todo su tercio superior (fig. 1 A). En la misma exploración se retiró con pinzas de biopsia un fragmento de aproximadamente 2 cm que provocaba efecto válvula, lo cual podría haber provocado la parada respiratoria del paciente. Para obtener un mejor control de la vía aérea al extraer la seudomembrana se decidió realizar una broncoscopia rígida donde se extrajo en bloque la lesión traqueal mediante el bisel del traqueoscopio (EFER-DUMON® calibre 14 mm) (fig. 1 B). Tras ello, el paciente evolucionó favorablemente pudiendo extubarse a las pocas horas (fig. 1 C). En el caso presentado por Crespo-Lessmann y Torrego-Fernández¹, el tabique traqueal podría corresponder en su origen a un fragmento de una seudomembrana circunferencial. En ese caso el carácter evolucionado del cuadro en su presentación pudo haber permitido un tratamiento conservador.

Por tanto, el diagnóstico endoscópico de seudomembrana traqueal obstructiva debe realizarse lo más precozmente posible tras la sospecha clínica. Sería aconsejable un seguimiento endoscópico en aquellos pacientes que hayan requerido intubaciones endotraqueales prolongadas o reiteradas. Las complicaciones respiratorias graves son frecuentes por lo que la terapéutica endoscópica es requerida en la mayoría de los casos reportados en la literatura^{4,5}. Tan solo en pacientes muy seleccionados puede optarse por una actitud conservadora, pero la monitorización del paciente debe ser estrecha (fig. 1).

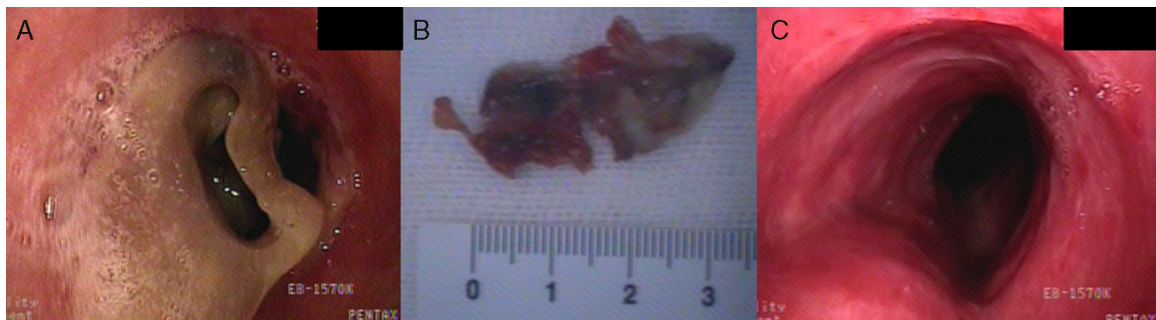


Figura 1. A) Seudomembrana fibrinada en rodete. B) Lesión traqueal. C) Extubación del paciente.