

# ESTENOSIS LARINGO-TRAQUEAL POR TIROIDITIS DE RIEDEL

J. Murgoitio, J. Cotillas, J. Moya\*, R. Bernat\*\* y A. Cantó\*

Servicio de Cirugía General B, \*Servicio de Cirugía Torácica y \*\*Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Bellvitge Príncipes de España. Universidad de Barcelona.

Se presenta un caso de estenosis laringo-traqueal causado por una tiroiditis de Riedel. Se discute sobre la etiología, diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la estenosis laringo-traqueal.

*Arch Bronconeumol 1989; 25:195-196.*

Laryngotracheal stenosis due to Riedel's thyroiditis

A case of laryngotracheal stenosis due to Riedel's thyroiditis is reported. The etiology, diagnosis and surgical treatment of laryngotracheal stenosis are discussed.

## Introducción

Las lesiones obstructivas traqueales van en aumento y están alcanzando mayor importancia clínico-terapéutica; esto es debido principalmente al mayor número de enfermos que requieren intubación prolongada, al mayor número de accidentes de tráfico, además del tabaco y la contaminación del aire que han conducido a una mayor incidencia de tumoraciones en vías respiratorias altas. La causa más frecuente de estenosis traqueal es la post-traumática (post-intubación prolongada o post-traqueostomía) que viene a ser un 0,5 % de los pacientes intubados o traqueotomizados<sup>1</sup>. Las tumoraciones traqueales más frecuentes son las benignas, destacando el adenoma traqueal, otros son los hamartomas y los tumores vasculares. Más raramente son debidas a infecciones crónicas como la tuberculosis, hongos... Las estenosis traqueales de causa desconocida, como la traqueopatía osteoplástica, policondritis recidivante, amiloidosis traqueal y la traqueomalacia, son de causa más rara.

Las causas extrínsecas de estenosis traqueal son principalmente las tiroideas por invasión local, siendo más frecuentes entre éstas, las tumorales (carcinoma indiferenciado de tiroides) y más raramente tiroiditis como la de Riedel, si bien hay casos muy raros como

los postquirúrgicos<sup>2</sup>. Woolner<sup>3</sup> revisó 42.000 intervenciones tiroideas en la clínica Mayo, observando sólo 20 casos de tiroiditis de Riedel, enfermedad de etiología desconocida y generalmente asociada a mediastinitis fibrosante, fibrosis retroperitoneal, colangitis fibrosante... pudiendo producir estenosis traqueal por invasión fibrótica progresiva.

## Observación clínica

Varón de 53 años, sin hábitos tóxicos, trabajador en ambiente polucionado, intervenido hace 13 y 20 años de hernia inguinal bajo anestesia general, sin haber presentado ningún problema en la intubación.

Es remitido a nuestro servicio por disnea progresiva iniciada hace 10 años; desde hace unos meses presenta dificultad respiratoria que evolucionó a estridor. No presentaba disfagia ni trastornos fonatorios. Se le practicó laringoscopia en la que se apreció disminución en la movilidad de los aritenoides, afectando especialmente la abducción. Se realizó tomografía convencional en la que se observó una estenosis del conducto laringotraqueal. Tras realizar traqueoscopia se observa una estenosis doble, descenso de las cuerdas vocales en región subglótica con estenosis cicatricial fibrosa, circunferencial de 5 mm de diámetro y otra segunda estenosis 2 anillos traqueales por debajo de la anterior. Se le realizaron pruebas funcionales respiratorias, en las que se observó obstrucción bronquial severa parcialmente reversible con salbutamol y una estenosis fija de vía aérea extratorácica con amputación del flujo inspiratorio y espiratorio en la curva flujo/volumen.

Con el diagnóstico de estenosis laríngea subglótica y traqueal proximal, se interviene mediante una cervicotomía transversa, practicándose resección laringo-traqueal de 5 cm de longitud, según téc-

Recibido el 28-3-1989 y aceptado el 17-4-1989.

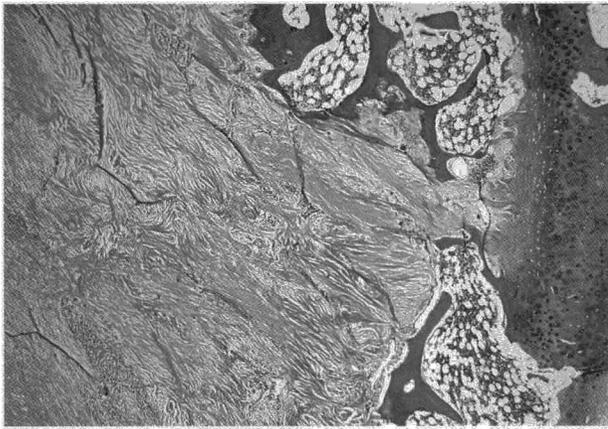
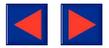


Fig. 1. Corte histológico adyacente a cartilago cricoides calcificado. Se aprecian bandas de tejido conjuntivo denso con infiltración inflamatoria crónica que «invade» las porciones osificadas del cartilago cricoides. (Hematoxilina-eosina  $\times 150$ ).

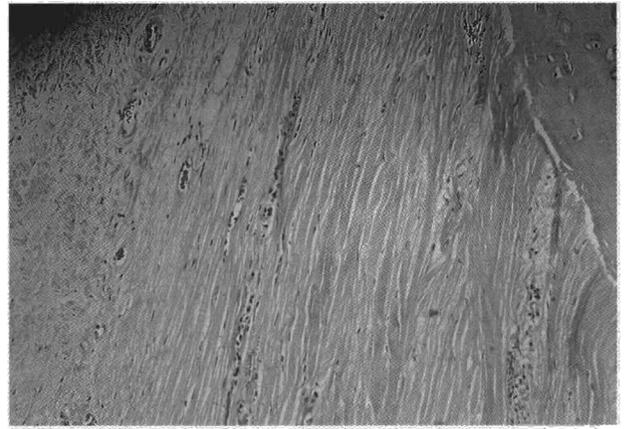


Fig. 2. Corte histológico adyacente a cartilago traqueal que muestra fibrosis densa que substituye las estructuras anatómicas del área alcanzando al cartilago. (Hematoxilina-eosina  $\times 400$ ).

nica de Pearson<sup>4</sup> y reconstrucción de la integridad laringotraqueal mediante laringoplastia anterior y posterior y anastomosis tirotraqueal con colocación de tubo de Montgomery<sup>5</sup>.

El informe definitivo de la biopsia fue el siguiente: los fragmentos estudiados correspondían a partes blandas, que incluían mucosa traqueal con fragmentos de cartilago traqueal y hueso cricoides. Microscópicamente se apreciaba un proceso inflamatorio crónico inespecífico con fenómenos reparativos muy desmoplásicos (fig. 1) que llegaban a substituir parte de la mucosa traqueal por debajo del cartilago traqueal (fig. 2). La conclusión morfológica fue de fibrosis densa e inflamación crónica inespecífica compatible con extensión a tráquea de una tiroiditis de Riedel.

A tenor del resultado anatomopatológico, se indicó un estudio de la función tiroidea que fue normal. Los anticuerpos antitiroideos fueron negativos y en la gammagrafía tiroidea se observó disminución de la asimilación de yodo por el tiroides, compatible con tiroiditis de Riedel.

La evolución postoperatoria inmediata fue correcta, sin complicaciones, por lo que fue dado de alta. En la revisión realizada a los tres meses se apreció la luz traqueal de calibre normal, hallándose tres pequeños granulomas en la pared anterior, que requirieron fotorrección con láser. A los cinco meses se realizó la decanulación definitiva y actualmente se encuentra asintomático.

## Discusión

La estenosis traqueal debida a tiroiditis de Riedel, es muy infrecuente, pero se debe pensar en ella en aquellos pacientes que no hayan sido sometidos a intubación prolongada o traqueostomía o cuya estenosis sea de localización cervical y sin patología endolu-

minal primaria. La cirugía está indicada en estos casos de tiroiditis de Riedel por dos razones: primero para proceder a la traqueolisis, liberando la tráquea de la compresión estenosante progresiva y la estenosis progresiva y en segundo lugar, para excluir el carcinoma traqueal (ya que clínicamente no puede ser diferenciado).

La técnica de Pearson, asociada a laringoplastia de Rethi<sup>6</sup> con tubo intratraqueal de Montgomery, ha demostrado ser un procedimiento efectivo para la estenosis laringotraqueal mixta, como el caso presentado.

## BIBLIOGRAFIA

1. Cantó A, Moya J, Aguiló R. Estenosis laringo-traqueales postintubación. Consideraciones sobre 41 casos. Arch Bronconeumol 1988; 24:3-9.
2. De Vega Gómez A. Estenosis traqueal severa por extensión intraluminal de tejido tiroideo. Arch Bronconeumol 1988; 24:57-58.
3. Spencer M. Riedel's thyroiditis discovered at tracheostomy. Jour Laryngol Otol 1985; 99:97-100.
4. Pearson FG, Cooper JD. Primary tracheal anastomosis after resection of the cricoid with preservation of recurrent laryngeal nerves. J Thorac Cardiovasc Surg 1975; 70:806-816.
5. Montgomery W. T-tube tracheal stent. Arch Otolaryng 1965; 82:320-321.
6. Rethi A. An operation for cicatricial stenosis of the larynx. J Laryngol 1956; 70:283-293.