

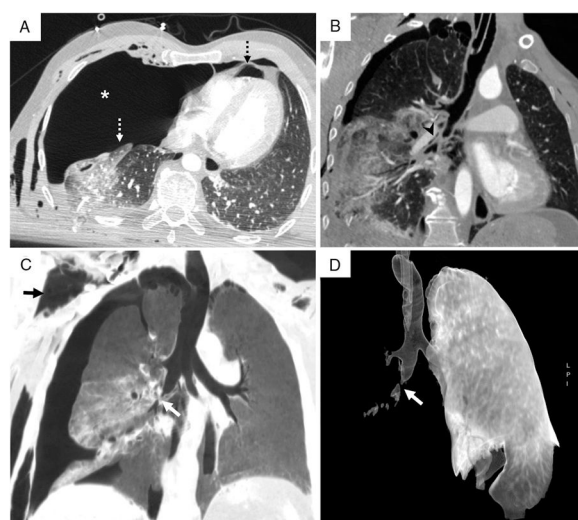
## Imagen Clínica

# Laceración traqueobronquial tras traumatismo torácico cerrado

## Tracheobronchial Laceration After Blunt Chest Trauma

Diana Veiga Canuto\* y Joan Carreres Polo

Servicio de Radiología, Área Clínica de Imagen Médica, Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, España



**Figura 1.** TC de tórax con contraste intravenoso: A) Plano axial, ventana de pulmón. Signo del pulmón caído (flecha blanca discontinua) por colapso y desplazamiento del hilio pulmonar hacia partes declives. Se observa también neumotórax derecho a tensión (asterisco blanco) que condiciona desplazamiento mediastínico contralateral y neumopericardio (flecha negra discontinua). B) Reconstrucción coronal, ventana de pulmón. Neumomediastino con aire rodeando los bronquios y los vasos pulmonares de disposición paralela a los mismos en el hilio pulmonar (cabeza de flecha negra). C) Reconstrucción multiplanar con proyección de mínima intensidad (MiniP), plano coronal, ventana de pulmón donde se identifica enfisema subcutáneo (flecha negra continua) y discontinuidad de la vía aérea (flecha blanca). D) Reconstrucción volumétrica 3D, proyección anteroposterior con supresión de pulmón derecho. Laceración del bronquio intermediario con amputación bronquial y discontinuidad de la vía aérea (flecha blanca).

Varón de 50 años politraumatizado. En la TC torácica con contraste intravenoso se identificó una laceración del bronquio intermediario (fig. 1).

La laceración traqueobronquial es infrecuente en la práctica clínica (0,2-8% de traumatismos torácicos cerrados) porque el 81% de los pacientes fallecen en el acto por otras causas<sup>1,2</sup>. Comúnmente su diagnóstico es tardío al enmascarse por otras lesiones traumáticas.

Las roturas bronquiales son típicamente paralelas a los anillos cartilagosos, a menos de 2,5 cm del ángulo carinal, y muestran ligero predominio en el lado derecho<sup>1,2</sup>. Por imagen pueden visualizarse signos indirectos como el neumomediastino y el enfisema cervicotorácico. Si la lesión alcanza el espacio pleural se produce

neumotórax persistente, refractario a la colocación de tubo de drenaje. La TC tiene un papel fundamental, permite identificar directamente la discontinuidad de la vía aérea, la angulación, el defecto o la amputación bronquial. Si la lesión es completa, el pulmón puede colapsarse y alejarse del hilio hacia partes declives, denominándose el «signo del pulmón caído»<sup>1</sup>.

Las imágenes de TC con reconstrucciones multiplanares de mínima intensidad son útiles en caso de sospecha de lesión traqueobronquial. La broncoscopia permite confirmar el diagnóstico y evaluar su extensión. Debe realizarse cirugía precoz para intentar la reparación primaria<sup>1,2</sup>.

### Bibliografía

1. Kaewlai R, Avery LL, Asrani AV, Novelline RA. Multidetector CT of Blunt Thoracic Trauma. *RadioGraphics*. 2008;28:1555-70.
2. Cheaito A, Tillou A, Lewis C, Cryer H. Traumatic bronchial injury. *Int J Surg Case Rep*. 2016;27:172-5.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dianaveigac@gmail.com (D. Veiga Canuto).