

Caso
Autores
Centro

(531) Rotura bronquial traumática: un reto diagnóstico
Marta Barrios López, María Elena Peña Gómez, Alexandra
De Diego Díez, Elena Julián Gómez, María José Galante Mulki
Hospital Universitario Marqués De Valdecilla

EXPOSICIÓN DEL CASO

Niña de 11 años que es traída al Servicio de Urgencias por politraumatismo tras precipitarse desde un 6º piso. En la anamnesis, la paciente refiere únicamente dolor a nivel dorsolumbar, sin clínica respiratoria asociada. A la exploración presenta un Glasgow de 15. Se realiza TC craneal, cervical y toracoabdominopélvico.

A nivel cervicotorácico, llama la atención la presencia de aire ectópico: se objetiva una importante cantidad de neumopericardio, neumomediastino y neumotórax (fundamentalmente izquierdo). Además, encontramos enfisema subcutáneo cervical y en pared torácica, también de predominio izquierdo, diseccionando los planos musculares de la pared.

Se visualizan múltiples fracturas, incluyendo fracturas costales bilaterales y de clavícula. A nivel lumbar, la paciente presenta una espondilolistesis traumática grado IV, secundaria a una fractura tipo C de la Clasificación de la AO Spine.

En el TAC de control realizado 3 semanas tras el traumatismo, se observa una obstrucción completa del bronquio principal izquierdo distal, sin causa aparente que lo justifique, condicionando una atelectasia completa del pulmón ipsilateral.

DISCUSIÓN

La rotura bronquial traumática es una entidad poco frecuente pero potencialmente letal, en la que la radiología tiene un papel fundamental, tanto en el diagnóstico como en el seguimiento y detección de complicaciones.

La identificación de la lesión en estadios precoces puede suponer un reto diagnóstico dado que, a menudo, el punto de rotura no es visible mediante TAC (como en el caso que nos ocupa). Por ello es fundamental un alto índice de sospecha en el contexto clínico adecuado, además de prestar atención a signos radiológicos indirectos, como la presencia de neumotórax, neumomediastino, neumopericardio y/o enfisema subcutáneo.

En cuanto al mecanismo lesional, la rotura traqueobronquial por traumatismo no penetrante suele requerir un impacto de alta energía, y se produce por fuerzas de cizallamiento. El 80% de los casos son de localización proximal, a menos de 2.5 cm de la carina. Las roturas a nivel de los bronquios segmentarios son extremadamente infrecuentes.

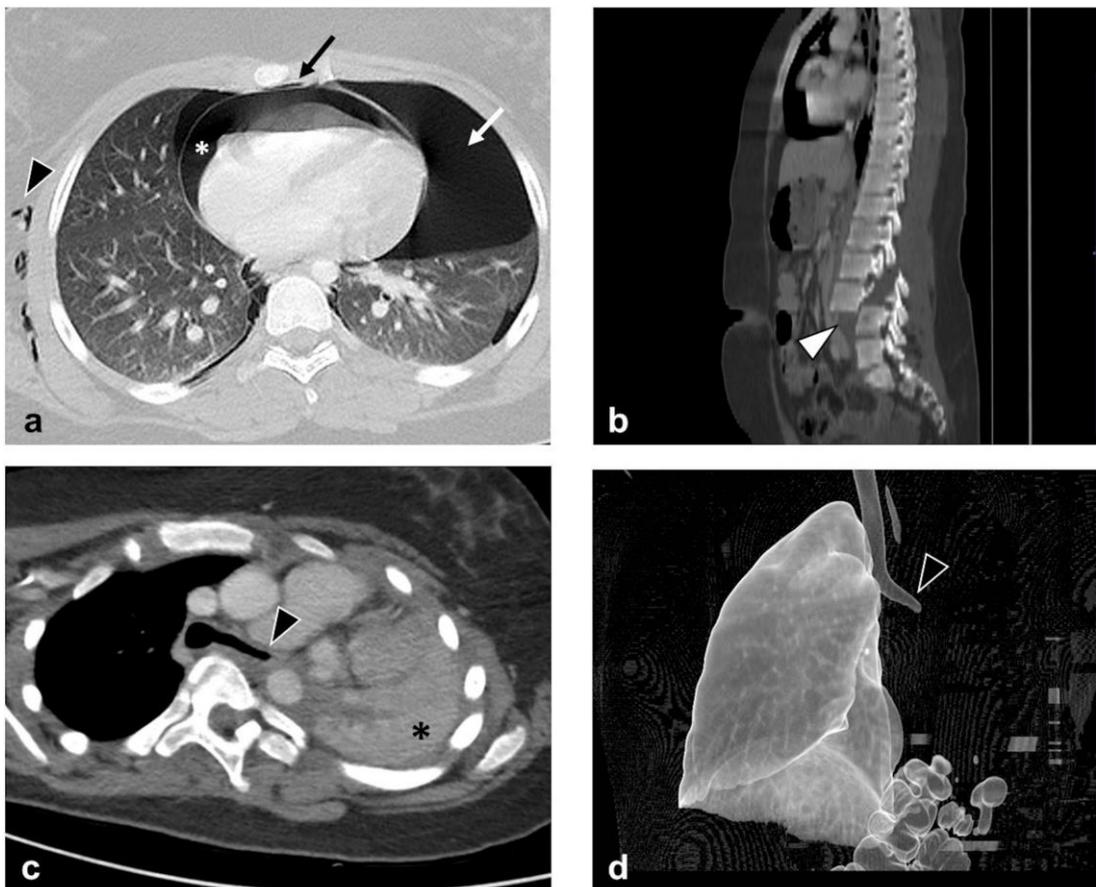
La lesión del bronquio principal derecho suele presentarse típicamente con neumomediastino y neumotórax asociados. Sin embargo, la rotura del bronquio principal izquierdo suele debutar únicamente con neumomediastino, ya que sus 4 cm proximales son intramediastínicos.

En el caso de nuestra paciente, se objetivó neumotórax además de neumomediastino y neumopericardio, hallazgo esperable dado que la lesión se localizaba en el bronquio principal izquierdo distal. Posteriormente, evolucionó a atelectasia completa del pulmón izquierdo por formación de tejido fibroso peribronquial.

En laceraciones menores de 1.5 - 2 cm, se prefiere el manejo conservador (en ausencia de complicaciones que requieran cirugía urgente). El tratamiento en estadios precoces incluye la intubación selectiva del bronquio contralateral, para tratar de evitar la progresión del neumomediastino y/o neumotórax, que podrían provocar compresión bronquial extrínseca, aumentando el compromiso respiratorio de estos pacientes. En lesiones mayores, como la de nuestra paciente, el tratamiento de elección es la anastomosis primaria.

CONCLUSIÓN

El TAC torácico desempeña un papel clave en el diagnóstico y detección de complicaciones de la rotura bronquial traumática. Se requiere un alto nivel de sospecha y, a menudo, recurrir a signos indirectos (fundamentalmente aire en localización ectópica).



a) TC de tórax realizado tras el traumatismo: se visualiza importante cantidad de neumopericardio () y de neumotórax (flecha blanca), fundamentalmente izquierdo, que origina atelectasia pasiva del pulmón ipsilateral. Enfisema subcutáneo y neumomediastino (punta de flecha y flecha negra). b) Espondilolistesis traumática secundaria a fractura tipo C de la AO Spine, localizada a nivel L3 – L4 (punta de flecha). Las roturas bronquiales traumáticas se producen en un contexto de impactos de alta energía. c) TC de control 3 semanas tras el traumatismo: se objetiva la amputación bronquial izquierda (punta de flecha). La formación de tejido fibroso peribronquial condiciona atelectasia completa del pulmón izquierdo (*). Reabsorción del aire ectópico. d) Reconstrucción en 3D que muestra la amputación del bronquio principal izquierdo (punta de flecha).*

BIBLIOGRAFÍA

Moser JB, Stefanidis K, Vlahos I. Imaging evaluation of tracheobronchial injuries. *Radiographics*. 2020;40(2):515-528. DOI: 10.1148/rg.2020190171

Jodra-Sánchez S, García-Luján R, Miguel-Poch E. Distal bronchial rupture secondary to an accidental fall. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(5):264-268. DOI: 10.1016/j.arbres.2010.12.008

Scaglione M, Romano S, Pinto A. Acute tracheobronchial injuries: impact of imaging on diagnosis and management implications. *Eur J Radiol*. 2006;59(3):336-343. DOI:10.1016/j.ejrad.2006.04.026

Kuo GP, Torok CM, Aygun N. Diagnostic imaging of the upper airway. *Proc Am Thorac Soc*. 2011;8(1):40-45. DOI: 10.1513/pats.201004-032RN