Rev Colomb Cir. 2025;40:1211-3
https://doi.org/10.30944/20117582.3049

CARTA AL EDITOR

Uso de la traqueostomía con colgajo de Björk frente a la traqueostomía estándar

The use of Björk flap tracheostomy versus standard tracheostomy

Patrizio Petrone, MD, PhD, MPH, MHSA, MAAC, MSCGP (Hon), MACC, FACS, MAMSE[1], Corrado P. Marini, MD, FACS[2]

1 Associate Professor of Surgery, NYU Grossman Long Island School of Medicine, New York, USA. Presidente del Comité de Investigación, Sociedad Panamericana de Trauma.
2 Professor of Surgery, New York Medical College, Valhalla, USA.

New York, 20 de agosto de 2025

Doctora
Mónica Bejarano
Editora
Revista Colombiana de Cirugía

Respetada doctora Bejarano:

Hemos leído con particular interés el estudio de Mendieta L, et al. [1], titulado: "Traqueostomía posterior a tiroidectomía total. Consideraciones de la técnica quirúrgica" y teniendo en mente que la seguridad de la vía aérea en el posoperatorio inmediato continúa siendo un aspecto central en la cirugía de cuello, coincidimos en la importancia de considerar técnicas que optimicen los resultados funcionales y minimicen las complicaciones.

En ese sentido, nos parece pertinente destacar el estudio prospectivo y comparativo de Marini CP, et al. [2], que evaluó los resultados funcionales asociados al uso del colgajo de Björk en comparación con la traqueostomía estándar. Los autores demostraron que la técnica de Björk se asoció a una mayor estabilidad del estoma, menor dificultad en el recambio de cánulas y menor incidencia de complicaciones relacionadas con la decanulación.

La insuficiencia cardiorrespiratoria aguda en el contexto de una enfermedad crítica médica y quirúrgica, así como en presencia de lesiones traumáticas graves, sigue siendo una afección que requiere ventilación mecánica prolongada [3,4]. La intubación prolongada, aumenta el riesgo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVM), puede causar sinusitis, daño laríngeo o traqueal, incluso en pacientes con monitorización rutinaria de la presión del manguito [5]. Por eso, la colocación

Palabras clave: traqueostomía; colgajos quirúrgicos; evaluación de resultados de intervenciones terapéuticas; deglución; endoscopia del sistema digestivo.

Keywords: tracheostomy; surgical flaps; evaluation of results of therapeutic interventions; deglutition; digestive system endoscopy.

Fecha de recibido: 19/08/2025 - Fecha de aceptación: 28/08/2025 - Publicación en línea: 29/09/2025
Correspondencia: Patrizio Petrone, MD, PhD, FACS, NYU Grossman Long Island School of Medicine, Mineola, NY 11501, USA. Teléfono: +1 914-374-6563. Dirección electrónica: patrizio.petrone@gmail.com
Citar como: Petrone P, Marini CP. Uso de la traqueostomía con colgajo de Björk frente a la traqueostomía estándar. Rev Colomb Cir. 2025;40:1211-3. https://doi.org/10.30944/20117582.3049

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

de una traqueostomía, mediante tubos de traqueostomía estándar o tubos de traqueostomía con succión subglótica continua, se ha convertido en una alternativa viable para pacientes que requieren ventilación mecánica prolongada, ya que mejora la comodidad del paciente, disminuye la ventilación del espacio muerto, permite una mejor higiene de las vías respiratorias superiores y reduce la incidencia de NAVM [6].

Nuestros pacientes presentaban factores de riesgo que podían comprometer la vía aérea —como la posibilidad de parálisis de cuerdas vocales, sangrado posoperatorio o edema laríngeo— por lo que la elección de una técnica de traqueostomía que favorezca el acceso y el manejo seguro del estoma fue importante.

Las indicaciones, el momento oportuno y las técnicas quirúrgicas para la traqueostomía siguen siendo objeto de debate. La mayoría de las traqueostomías quirúrgicas (TQ) realizadas con técnica de ventana vertical o escisional son realizadas por cirujanos generales, mientras que la traqueostomía con colgajo de Björk (TCB), una técnica menos comúnmente utilizada, es realizada con mayor frecuencia por otorrinolaringólogos y cirujanos de cabeza y cuello [7].

Algunos estudios han comparado estas dos técnicas desde el punto de vista de la duración de la cirugía requerida para realizar los procedimientos y la incidencia de complicaciones como sangrado, desprendimiento y reemplazo del tubo de traqueostomía, estenosis subglótica y fístula traqueocutánea [8,9]. Sin embargo, no se han estudiado los resultados funcionales tempranos de ambos procedimientos.

Basándonos en la experiencia de uno de los autores (CPM), quien utilizó el colgajo de Björk con mejores resultados funcionales, documentados en una pequeña cohorte de diez pacientes operados en 1995, que se sometieron a una evaluación del mecanismo de deglución y el grado de aspiración con una traqueostomía baritada (datos no publicados), diseñamos este estudio para comparar la TCB con la TQ mediante el uso de una modalidad diagnóstica más sensible para documentar la penetración y la aspiración, así como la integridad del mecanismo de deglución: la evaluación endoscópica fibróptica de la deglución (*fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing*, FEES), seguida del estudio de deglución baritada modificada (*modified barium swallow study*, MBSS), si fuera necesario.

Con base en los resultados de nuestra investigación para estudiar si la TCB podría disminuir la tasa de penetración y/o aspiración, y el tiempo necesario para restablecer la deglución normal, en comparación con una traqueostomía estándar, concluimos que, si bien la realización de la TCB puede requerir un tiempo operatorio más prolongado, proporciona un tiempo general más corto para restablecer la deglución normal en comparación con la TQ.

Agradecemos la oportunidad de discutir estos aspectos técnicos a través de la prestigiosa *Revista Colombiana de Cirugía*, que sin duda contribuyen a enriquecer la práctica clínica y a promover el debate fundamentado en la literatura científica actual y valoramos la oportunidad de enriquecer el debate clínico mediante el intercambio académico.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado: esta comunicación no requiere diligenciamiento de consentimiento informado ni aprobación por el Comité de ética institucional.

Conflictos de interés: Los autores declararon no tener ningún conflicto de interés.

Uso de Inteligencia Artificial: Los autores declararon que en la elaboración de esta comunicación no se utilizó ningún tipo de tecnologías asistidas por inteligencia artificial.

Fuentes de financiación: No se contó con financiamiento externo.

Referencias

1 Mendieta L, Figueroa-Bohórquez D, Betancourt C, Sanabria-Quiroga AE. Traqueostomía posterior a tiroidectomía total. Consideraciones de la técnica quirúrgica. Rev Colomb Cir. 2025;40: (en prensa). https://doi.org/10.30944/20117582.2909

2 Marini CP, McMurdo E, McNelis J, Lewis E, Policastro A, Lombardo G, Karev D, Petrone P. A prospective comparative study of the functional results associated with the use of Bjork flap tracheostomy versus standard tracheostomy. Eur J Trauma Emerg Surg. 2023;49:1329-35. https://doi.org/10.1007/s00068-023-02223-x

3 De Leyn P, Bedert L, Delcroix M, Depuydt P, Lauwers G, Sokolov Y, et al. Tracheotomy: Clinical review and guidelines. Eur J Cardiothorac Surg. 2007;32:412-21. https://doi.org/10.1016/j.ejcts.2007.05.018

4 Rana S, Pendem S, Pogodzinski MS, Hubmayr RD, Gajic O. Tracheostomy in critically ill patients. Mayo Clin Proc. 2005;80:1632-8. https://doi.org/10.4065/80.12.1632

5 Holzapfel L, Chevret S, Madinier G, Ohen F, Demingeon G, Coupry A, Chaudet M. Influence of long-term oro- or nasotracheal intubation on nosocomial maxillary sinusitis and pneumonia: Results of a prospective, randomized, clinical trial. Crit Care Med. 1993;21:1132-8. https://doi.org/10.1097/00003246-199308000-00010

6 Moller MG, Slaikeu JD, Bonelli F, Davis AT, Hoogeboom JE, Bonnell BW. Early tracheostomy versus late tracheostomy in the surgical intensive care unit. Am J Surg. 2005;189:293-6. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2005.01.002

7 Björk VO, Engstrom CG. The treatment of ventilatory insufficiency after pulmonary resection with tracheostomy and prolonged artificial ventilation. J Thorac Surg. 1955;30:356-67.

8 Björk VO. Partial resection of the only remaining lung with the aid of respirator treatment. J Thorac Cardiovasc Surg. 1960;39:179-88.

9 Li M, Yiu Y, Merrill T, Yildiz V, deSilva B, Matrka L. Risk factors for posttracheostomy tracheal stenosis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2018;159:698-704. https://doi.org/10.1177/0194599818794456