



P-304 - Insuficiencia respiratoria postiroidectomía: a propósito de un caso de rotura traqueal iatrogénica

J.A. Blanco Elena¹, I. Pulido Roa¹, C. Jiménez Mazure¹, C. Rodríguez Silva¹, L. Romacho López¹, J.M. Gavilán Martínez², M. Ribeiro González¹ y J. Santoyo Santoyo¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. ²Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: Las principales complicaciones de la cirugía tiroidea, tanto por su frecuencia como por su potencial gravedad, engloban el hematoma asfíctico, el hipoparatiroidismo postoperatorio y la lesión recurrente. Aunque todas ellas pueden minimizarse con una adecuada planificación de la estrategia quirúrgica, existen otras complicaciones menos frecuentes, tanto quirúrgicas como anestésicas con las que es preciso establecer un adecuado diagnóstico diferencial. El objetivo del presente trabajo es analizar, a propósito de un caso, el diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria en cirugía tiroidea.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 56 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, afecta de carcinoma papilar de tiroides. La paciente es sometida a tiroidectomía total difícil con vaciamiento central bilateral y vaciamiento lateral derecho con preservación de glándulas paratiroides. Durante el procedimiento se neuromonitorizan ambos nervios vagos y recurrentes, obteniendo baja intensidad de señal tanto antes como después de la exérésis. Tras extubación inicial la paciente permanece eupneica, manteniendo saturación de oxígeno y con fonación conservada, por lo que pasa a planta de hospitalización. Doce horas tras la extubación la paciente presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda que obliga a reintubación orotraqueal de urgencia. Con la sospecha de lesión recurrente se decide posponer la extubación 48 horas, pero la mañana del segundo día postoperatorio la paciente presenta enfisema subcutáneo toraco-cervicofacial extenso. En estudio broncoscópico se objetiva pérdida de continuidad longitudinal de la *pars membranosa* traqueal, parcialmente sellada por fibrina, por lo que se decide actitud expectante. Se procede a realizar traqueostomía quirúrgica en séptimo día postoperatorio. Tras 10 días de cuidados intensivos, la paciente pasa a planta de hospitalización donde evoluciona favorablemente, siendo alta tras 22 días de hospitalización. En laringoscopia previa al alta se informa de laringe con mucosa y cuerdas vocales edematosas que deja luz glótica de calibre normal con motilidad cordal conservada.

Discusión: La insuficiencia respiratoria es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la resección tiroidea. La principal causa de estridor en el postoperatorio es el edema de cuerdas vocales por la intubación orotraqueal. El manejo adecuado de esta situación requiere corticoterapia intravenosa y ventilación con presión positiva. La lesión recurrente bilateral, el distrés respiratorio y la rotura traqueal intraoperatoria le siguen en orden de frecuencia aunque suponen, en su conjunto, entidades muy poco frecuentes. En el caso que presentamos, se produjo una rotura traqueal iatrogénica por intubación de urgencia por cuadro insuficiencia respiratoria secundaria a edema laríngeo, que se interpretó inicialmente de forma como parálisis recurrente bilateral. La presencia de un período inicial libre de síntomas hace poco probable

la presencia de una lesión de ambos nervios recurrente. No obstante, la disección perirrecurrential dificultosa, junto con los resultados poco valorables de la neuromonitorización intraoperatoria, son datos que, ante la presencia de estridor y disnea, llevaron a indicar una reintubación precoz.