



## V-20 - REPARACIÓN DE LACERACIÓN TRAQUEAL YATRÓGENA

Ojanguren Martiarena, O.; Rumbero Sánchez, J.C.; Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, N.; Lorenzo Martín, M.; Jiménez Maestre, U.; Hernández Pérez, L.; Fernando Garay, M.; Loidi López, C.; Ruiz Molina, O.; Rojo Marcos, R.

Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Caso clínico:** Presentamos un vídeo mostrando la reparación quirúrgica de una laceración traqueal yatrógena. Paciente de 62 años sin antecedentes de interés que es sometida a una intervención quirúrgica programada con anestesia general por una fractura luxación de codo. Intubación orotraqueal dificultosa con múltiples intentos y utilización de fiador. La intervención transcurre sin incidencias y la paciente es extubada. A las 2 horas posoperatorias la paciente avisa por aparición de enfisema subcutáneo progresivo. A las 6 horas la paciente presenta un enfisema subcutáneo severo hasta párpados, motivo por el que se realiza un TAC cérvico-torácico. El TAC muestra un enfisema subcutáneo muy extenso así como una solución de continuidad en pared posterior de tráquea de unos 4 cm que acaba a 2 cm de carina. Ante dichos hallazgos la paciente es trasladada a nuestro centro. A su llegada, paciente hemodinámicamente estable, en autonomía respiratoria, manteniendo buenas saturaciones aire ambiente. No disnea. Auscultación pulmonar difícil por enfisema subcutáneo. Se realiza una fibrobroncoscopia en la que se objetiva una laceración de la pars membranosa de la tráquea de unos 5 cm de longitud y que acaba a 2 cm de carina traqueal. Se decide reparación quirúrgica urgente. Realizamos una toracotomía posterolateral derecha para una correcta identificación de las estructuras y un manejo óptimo de la tráquea. Se realiza una intubación con un tubo simple y un bloqueador en bronquio principal derecho. Al explorar la cavidad torácica objetivamos un neumomediastino extenso. Disecamos el espacio paratraqueal derecho y ligamos la vena ácigos para tener un mejor acceso de la laceración. Tras exponer la tráquea hasta bronquio principal, procedemos a reparar la laceración, realizando dos suturas continuas desde los extremos con sutura monofilamento reabsorbible de 4/0. Posteriormente comprobamos la estanqueidad de la sutura y aproximamos la pleura mediastínica sobre la misma. Colocamos un drenaje pleural 28F. La paciente sale intubada del quirófano por un edema de cuerdas vocales e ingresa en Reanimación. Tras 48 horas y un test de fugas positivo, se realiza extubación bajo visión directa con fibrobroncoscopia. Mantenemos el drenaje torácico 48 horas más, que se retira al 4º día posoperatorio con Rx de tórax con expansión pulmonar y enfisema subcutáneo en descenso. La paciente es dada de alta a planta el 5º día posoperatorio y presenta una evolución favorable. Es dada de alta el 9º día posoperatorio tras realización de una broncoscopia que muestra una correcta evolución de la sutura. Se realiza un TAC a los 3 meses de la intervención en el que no se aprecian complicaciones.

**Discusión:** La laceración traqueal asociada a la intubación es una complicación rara de dicho procedimiento en profesionales con experiencia. Sin embargo, dada la morbilidad de la misma, ha de tenerse en cuenta en pacientes que presenten una clínica compatible tras una intubación traumática, sobre todo si ha sido en el medio extrahospitalario.