



P-206 - ROTURA TRAQUEAL IATROGÉNICA POSTINTUBACIÓN EN CIRUGÍA DE TIROIDES

L. Pezzetta Hernández, I. Lobo Machín, L. Fernández Hernández, N. Mañes Bonet, R. Gil Lorenzo, M. Martín Puig y A. Alarcó Hernández

Hospital Universitario de Canarias-Consorcio Sanitario de Tenerife, La Laguna.

Resumen

Introducción: La laceración traqueo-bronquial postintubación es una complicación rara, con una incidencia aproximada de 1/20.000, pero potencialmente mortal. Los factores de riesgo incluyen el uso de tubo de doble luz, intubación de urgencia, experiencia del anestesta, uso inadecuado de fiador, el sexo femenino (por el menor tamaño de la vía aérea) y patologías asociadas como traqueomalacia o estenosis traqueal.

Caso clínico: Paciente mujer 76 años, con antecedentes personales de obesidad, hipertensión y dislipemia, remitida desde Endocrinología por bocio multinodular. No presenta clínica de disfonía, disfagia ni de dificultad respiratoria. Con diagnóstico mediante ecografía y PAAF negativa para malignidad. Se realiza de forma programada tiroidectomía total bilateral, bajo anestesia general con intubación orotraqueal con tubo anillado de 6 mm. Sin incidencias en la inducción. Durante el postoperatorio inmediato la paciente presenta edema agudo de pulmón que requiere soporte intensivo en la recuperación de quirófano. A las 24 horas de la extubación y tras mejoría del cuadro cardiorrespiratorio, se observa presencia de enfisema subcutáneo cervicotorácico progresivo, motivo por el cual se sospecha una complicación de la vía aérea y se realiza una fibrobroncoscopia, donde se evidencia una laceración traqueal próxima a la carina. Tras este hallazgo se decide toracotomía posterolateral derecha urgente, observándose rotura traqueal amplia, de aproximadamente 6 cm de longitud, con fuga aérea importante. Se realiza taponamiento inicial, liberación la tráquea a nivel de bronquio principal derecho y 1/3 medio de tráquea y sutura con puntos sueltos más colgajo pediculado de pleura parietal y pegamento biológico. Se deja tubo de intubación orotraqueal por encima de la sutura. Posteriormente la paciente evoluciona de forma favorable, extubándose a las 48 horas, dada de alta a planta a las 96 horas, y a domicilio al 8º día, sin secuelas.

Discusión: La rotura traqueal es una complicación grave muy infrecuente en cirugía programada, con una mortalidad que puede alcanzar hasta el 40% en algunas series, de ahí la importancia del diagnóstico precoz mediante fibrobroncoscopia. Entre las complicaciones se encuentran la mediastinitis, insuficiencia respiratoria, neumonía y estenosis traqueal o bronquial. Para el tratamiento inicial es necesario asegurar la vía aérea con intubación selectiva y balón distal a la perforación, cirugía mediante toracotomía o cervicotomía y antibioterapia de amplio espectro. Según estabilidad clínica, profundidad y longitud (< 2-4 cm) es posible el tratamiento conservador.