



P-67 - LACERACIÓN TRAQUEAL YATRÓGENA POSINTUBACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Maitane Pérez Urkiza, Juan Carlos Rumbero Sánchez, Naia Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, Mónica Lorenzo Martín, Unai Jiménez Maestre, Lucía Hernández Pérez, Marta Fernando Garay, Claudia Loidi López, Odile Ojanguren Martiarena y Rafael Rojo Marcos

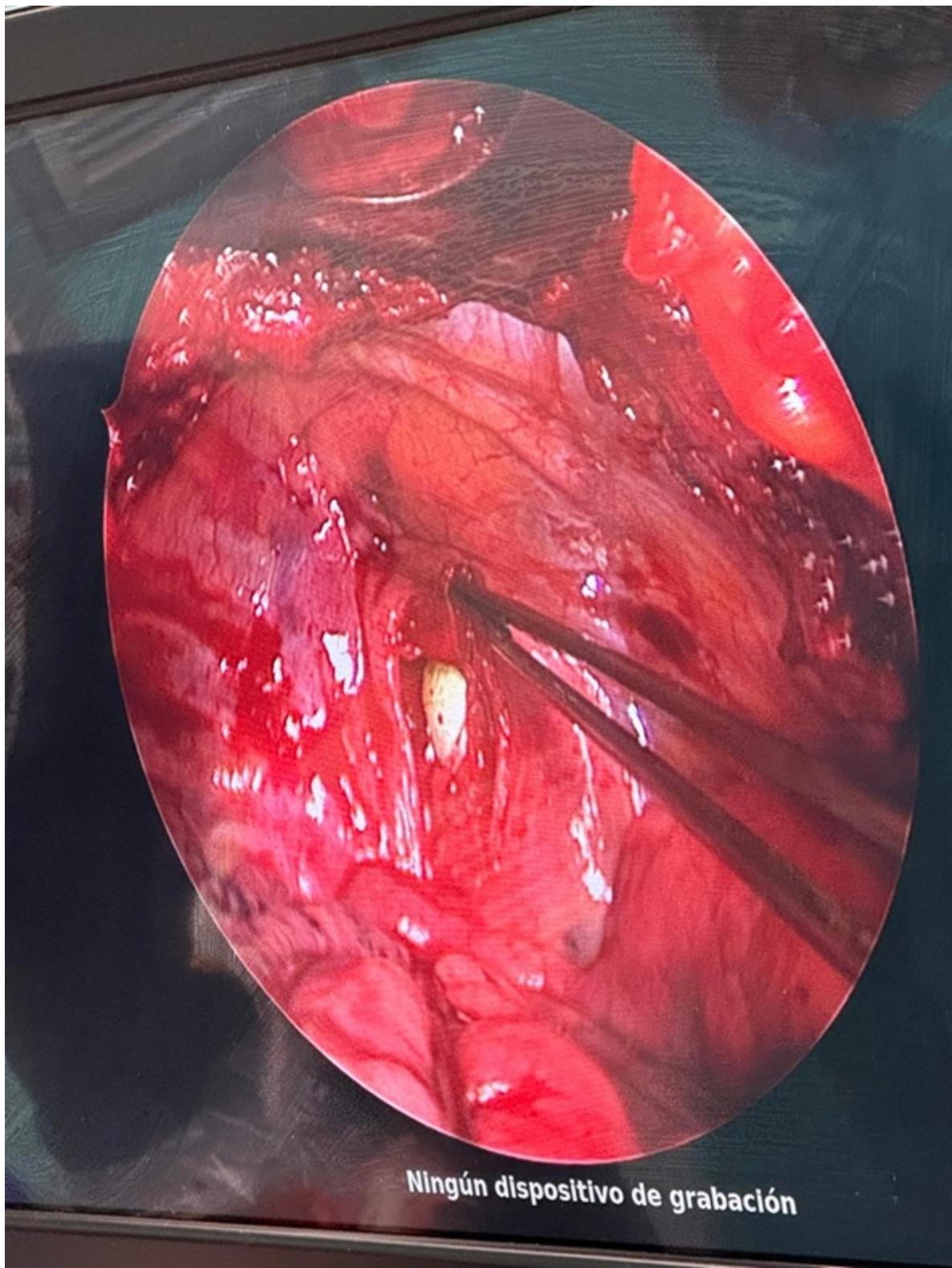
Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: A propósito de un caso clínico tratado en nuestro centro, se ha realizado una pequeña revisión bibliográfica, que propone una aproximación a esta entidad.

Caso clínico: Mujer de 81 años, que al final de una cirugía de urgencia por diverticulitis perforada presenta hemoptisis a través del tubo endotraqueal. Tras recambio del mismo, sin éxito, se realiza angio-TC en el que se objetivan hallazgos compatibles con rotura traqueal afectando a la pared membranosa y con hematoma mediastínico con datos de sangrado activo desde D2 a D5. Se solicita traslado emergente a nuestro centro. Se realiza fibrobroncoscopia que muestra en tercio proximal, gran coágulo organizado, adherido a la pared posterior traqueal. Se decide reparación quirúrgica. A través de toracotomía axilar, se observa hematoma sobre caras posterior y lateral de la tráquea. Se realiza drenaje del mismo, identificándose gran defecto de pared posterior con pérdida de sustancia. Se repara con sutura primaria sobre plastia esofágica.

Posteriormente el servicio de Otolaringología realiza traqueostomía en 2.º anillo traqueal. Se han descrito como factores de riesgo la intubación en situaciones emergentes, el uso de fiadores, la hiperinsuflación de los balones traqueales, la edad por encima de los 50 años, el sexo femenino y los tubos de doble luz. Los signos y síntomas más frecuentes son el neumotórax, el neumomediastino y el enfisema subcutáneo. El *gold standard* diagnóstico es la visualización de la laceración a través de fibrobroncoscopia. El tratamiento de elección es la reparación quirúrgica, aunque en casos de roturas de pequeño tamaño se han descrito buenos resultados con tratamiento conservador. En el caso de las laceraciones con bordes regulares y de pequeño tamaño, se tratará de realizar un cierre primario con sutura directa. Sin embargo, en las laceraciones de mayor tamaño o con pérdida de sustancia se abogará por el cierre con plastia de estructuras adyacentes como el esófago, colgajos musculares de intercostal o esternocleidomastoideo (según el nivel de la laceración) o plastias con otras estructuras como el omento en caso de que las anteriores no fueran posibles. En casos de laceraciones traqueales con dispersión de calor y destrucción de tejido, como pueden ser las causadas por arma de fuego, el tratamiento quirúrgico supondrá una resección del tejido desvitalizado y anastomosis termino-terminal de los extremos traqueales, siempre que la longitud y la elasticidad de la tráquea los permitan. La mortalidad de las laceraciones traqueales yatrógenas es alta, siendo de hasta el 42% en algunas series. Aunque resulta compleja la estimación de la misma, pues en muchas ocasiones esta mortalidad no solo es derivada de la propia laceración sino de la patología por la que se requirió la intubación también.



Ningún dispositivo de grabación

Discusión: Las laceraciones traqueales yatrógenas por intubación orotraqueal son una entidad muy poco frecuente, aunque asociada a una gran morbimortalidad, por lo que requieren un índice de sospecha muy alto y un manejo temprano. El tratamiento de esta complicación ha de priorizar la posibilidad de ventilar al paciente, realizando una traqueostomía siempre que se requiera.