



P-079 - FÍSTULA TRAQUEAL EN POSOPERATORIO DE HEMITIROIDECTOMÍA

Padilla Zegarra, Erlinda Daniela; Abellan, Miriam; Vallvè, Marc; Castellote, Manel; Martínez, Alba; Ferreres, Joan; Varona, Alba; Jorba Martín, Rosa

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: La hemitiroidectomía es una intervención quirúrgica con bajo riesgo de complicaciones entre las cuales se encuentran el hematoma, la infección de herida quirúrgica o la lesión del nervio laríngeo recurrente. La perforación traqueal es una complicación extremadamente rara tras una lesión inadvertida intraoperatoria.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 59 años con antecedentes de macroglobulinemia de Waldenström, y lupus diagnosticada por bicitopenia (anemia y neutropenia) en contexto de tratamiento con tamoxifeno y aromacil por un cáncer de mama. En los controles de un bocio multinodular, se identificó un nódulo tiroideo izquierdo de 56 mm con PAAF de celularidad predominantemente linfoide, recomendando tipificación en contexto de tiroiditis o más raramente linfoma de bajo grado. Posteriormente se realizó biopsia con aguja gruesa con resultados de cambios de fibrosis y calcificación descartando malignidad. Dado el crecimiento de la lesión se valoró el caso en comité tumores Endocrinología proponiéndose tratamiento quirúrgico. Se realizó una hemitiroidectomía izquierda con neuromonitorización del nervio laríngeo recurrente sin incidencias inmediatas. Buena evolución posoperatoria siendo dada de alta a las 48 horas de la intervención. La paciente consultó en urgencias las siguientes 24 horas por fiebre de 39 °C, eritema y edema cervical, se realizó una ecografía cervical que identificaba una colección en el lecho quirúrgico de 5 cm de diámetro y aire en subcutáneo. Se realizó punción y muestra para microbiología, así como inicio de cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina tazobactam. La paciente presentó fiebre en las siguientes 24h por lo que se solicitó un TC cervical (fig.) que objetivaba una colección parcialmente tabicada con desplazamiento la vía aérea y extensión a mediastino medio. Dados los hallazgos se decidió revisión quirúrgica, se desbridó la colección, se realizaron lavados y colocación de drenaje cervical. Tras 48 horas de la reintervención presentó salida de aire por drenaje y abombamiento de la herida cervical tras Valsalva, dada la sospecha de fistula traqueal se realizó nuevamente revisión quirúrgica en conjunto con Otorrinolaringología. Se objetivó una perforación puntiforme traqueal por lo que se realizó traqueostomía, lavados y colocación de drenajes tipo Penrose. La paciente presentó una buena evolución posterior, con mejoría de la celulitis y de la herida, pudiéndose decanular el doceavo día posoperatorio. El TC cervical de control muestra mejoría de la colección cervical. Alta hospitalaria al 27vo día con cobertura antibiótica dirigida por crecimiento de *K. pneumoniae* en cultivos. La paciente realizó controles posteriores en consultas externas con buena evolución y cicatrización completa de la herida quirúrgica.

Discusión: Es importante tener en cuenta la perforación traqueal como complicación de la cirugía tiroidea, la incidencia es baja (0,06%) y puede presentarse en las primeras dos semanas tras la intervención. Como factores de riesgo encontramos el sexo femenino, la intubación prolongada, el bocio nodular tóxico y el uso

extenso de electrocauterio durante la cirugía, además de los antecedentes personales de cada paciente.