



P-664 - REPORTE DE UN CASO: ROTURA GÁSTRICA TRAS INTUBACIÓN OROTRAQUEAL CON HEMO/NEUMOPERITONEO MASIVO

Martínez Moreno, José Luis; Calvo Córdoba, Antonio; Palomares Ortiz, Gloria; Baeza Murcia, Melody; Betoret Benavente, Lidia; Ramos Soler, Francisco José; Lucas Zamorano, Isabel; Aguayo Albasini, José Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La rotura gástrica tras intubación es una complicación fatal, que precisa una rápida actuación ante la sospecha clínica y cirugía urgente. Presentamos el caso de un varón de 56 años con insuficiencia respiratoria, que tras reintubación presentó una rotura gástrica que se trató con gastrectomía total.

Caso clínico: Varón de 56 años que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia respiratoria. Antecedentes personales: Cirrosis etanólica (CHILD B7 con consumo activo). Crioglobulinemia tipo I con nefropatía secundaria que recibió tratamiento con corticoides a dosis altas. Al décimo día de ingreso se extubó al paciente presentando mala evolución posterior precisando reintubación. Primer intento de intubación fallido, con tubo a esófago y distensión abdominal tras dos insuflaciones con resucitador manual (Ambú®). Segunda intubación exitosa. Se colocó sonda nasogástrica y se mantuvo la distensión abdominal e inestabilidad hemodinámica con hipotensión y taquicardia. Se realizó radiografía de tórax evidenciándose neumoperitoneo, se solicitó TAC que objetivó neumoperitoneo secundario a perforación a nivel de la curvatura mayor gástrica y una colección (salida del contenido estomacal), con signos de sangrado activo en su interior. Se realizó cirugía urgente mediante laparotomía media suprainfraumbilical. Se encontró neumoperitoneo masivo, hemoperitoneo de 1,5 litros en compartimentos supramesocólico y pélvico y rotura gástrica a nivel de cuerpo según curvatura mayor de 10 centímetros de longitud que se continúa con deserosamiento hasta el fundus. Se realizó gastrectomía total. Sonda de Pezzer en esófago abdominal con sutura en bolsa de tabaco, exteriorizada en hipocondrio izquierdo. Sonda de yeyunostomía según técnica de Witzel. Colocación de drenajes Penrose en cabo esofágico y en pelvis.

Discusión: La rotura gástrica es infrecuente y suele relacionarse con la distensión gástrica. Se han descrito casos por resucitación cardiopulmonar, maniobra de Heimlich, balón intragástrico, administración de oxígeno a través de catéter nasal, traumatismo abdominal cerrado, buceo, ventilación no invasiva e intubación a esófago. Entre el 70 y 80% de las perforaciones gástricas ocurren en la curvatura menor. Se cree que los factores que contribuyen a esto son: la ausencia de pliegues mucosos a este nivel, lo que disminuye la distensibilidad de esta zona, y el ligamento hepatogástrico que mantiene esta porción inmóvil. En nuestro caso, probablemente la presión ejercida por la ventilación a través del esófago sumada a una pared gástrica débil, a causa de los antecedentes del paciente, contribuyeron a que la rotura se produjera en la curvatura mayor. El aumento de la presión intraabdominal puede dificultar el retorno venoso, lo que reduce el gasto cardíaco; además la hipertensión intraabdominal se transmite al tórax a través del diafragma pudiendo reducir la ventilación pulmonar. El neumoperitoneo masivo y el sangrado activo inestabilizaron hemodinámicamente a nuestro paciente. La mortalidad relacionada con la ruptura gástrica es del 80%, y los casos en los que se

asocia peritonitis, sepsis o inestabilidad hemodinámica presentan un peor pronóstico. Aunque la rotura gástrica es una complicación rara de la intubación debe tenerse en cuenta, sobre todo, si el primer intento de intubación es fallido a esófago y si encontramos posteriormente marcada distensión abdominal.