

# Paro cardiorrespiratorio secundario a obstrucción de vía aérea por prótesis esofágica, reporte de un caso

<https://doi.org/10.25237/congreso-2022-32>

Francisca Andrea Pino Ulloa (1), Constanza Belén Méndez Sepúlveda (1), Matías José Acevedo Awad (1), Catalina Fontecilla Acevedo (2), Andrea Straub Valdivieso (2,3)

- 1 Interna/o Medicina 7mo año, Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe
- 2 Anestesióloga Hospital de San Felipe
- 3 Universidad de Valparaíso

## Introducción

La hipoxia es una complicación frecuente y potencialmente grave en el postoperatorio inmediato. Puede deberse a múltiples causas, siendo una de las más frecuentes la obstrucción de la vía aérea superior. Su detección precoz y manejo adecuado permiten prevenir consecuencias graves. Se presenta el caso de un paro cardiorrespiratorio hipóxico secundario a obstrucción de vía aérea inferior en postoperatorio inmediato.

## Objetivo General

Paciente mujer de 68 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoidea, hipotiroidismo, fibromialgia, y rotura esofágica con instalación de endoprótesis esofágica y esofagostoma en junio de 2021. En mayo de 2022 se realiza endoscopia digestiva alta, constatando endoprótesis incluida. En agosto se instala nueva prótesis esofágica para liberar prótesis esofágica impactada y posteriormente intentar retiro de ambas 3 semanas después. Procedimiento con sedación con TCI de propofol (2 mcg/ml), apoyo con oxígeno por naricera a 3 litros/minuto, sin incidentes. Al suspender sedación, paciente estable, saturación de oxígeno 100%, ventilando espontáneamente. Durante traslado a sala de recuperación llama la atención esfuerzo espiratorio. Al llegar a recuperación se apoya rápidamente con mascarilla Venturi con FiO<sub>2</sub> 50%, se constata bradicardia, por lo que se asume hipoxia por hipoventilación y se solicita bolsa autoinflable. Al reevaluar, paciente se encuentra sin pulso, en asistolía, y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP). Al ventilar con bolsa autoinflable, la ventilación es ineficaz debido a fuga de aire por esofagostoma, el cual se ocluye y se logra ventilar. Se realiza 1 ciclo de 2 minutos de RCP (30:2), se administra adrenalina 1 mg endovenoso, se realiza reevaluación y se constata recuperación de la circulación espontánea.

## Material y Métodos

Es necesario ventilar a la paciente por 20 minutos sin requerir manejo avanzado de la vía aérea ya que retoma ventilación espontánea. Paciente ingresa a unidad de paciente crítico con apoyo de mascarilla Venturi, con recuperación neurológica ad integrum, sin nuevos episodios de hipoxia o dificultad respiratoria y se logra suspender oxigenoterapia a las 24 horas. A las 48 horas se traslada a sala básica, presentando ahí un episodio de dificultad respiratoria, sospechando tromboembolismo pulmonar.

## Resultados

Se realiza angioTAC, que informa “endoprótesis esofágica que se extiende desde la región cervicomedial hasta esófago distal, donde se produce compresión de la pared posterior de la tráquea y bronquios fuentes a consecuencia de la colocación de dicha prótesis” (Figura 1). Por lo anterior, se determina que paro cardiorrespiratorio fue secundario a oclusión de vía aérea por prótesis esofágica. Paciente permanece estable, y al día siguiente se programa endoscopia en pabellón para retiro de prótesis esofágica con buena evolución.

### Conclusiones y/o Implicaciones

La obstrucción de la vía aérea por instalación de prótesis esofágica es una complicación infrecuente (1-2%), pero peligrosa. En agudo puede producir falla respiratoria, y crónicamente llevar a la formación de una fístula traqueo-esofágica. Esta complicación se desarrolla más frecuentemente en la instalación de prótesis localizadas cerca del borde esternal superior (entre porciones superior y media del esófago)<sup>1</sup>. Se recomienda tener en cuenta esta complicación frente a dificultad respiratoria luego de instalación de prótesis a este nivel.



Figura 1: a: tráquea; b: esófago con prótesis esofágica en su interior.