

Enfisema subcutáneo consecuencia de divertículo traqueal en cirugía ambulatoria

Tarrico LE.¹, Torrellas BG.¹

1 Sanatorio Británico, Rosario, Argentina.

Introducción: La rotura de tráquea es una complicación rara potencialmente mortal (0,03-0,37%). Posee etiología multifactorial, existen factores de riesgo anatómicos y mecánicos.

Su detección ocurre en el post operatorio inmediato y requiere de sospecha clínica y de estudios complementarios (TAC y fibrobroncoscopia) para diagnóstico definitivo.

Caso clínico: Mujer de 66 años, 68 kilos, altura 162 cm, hipotiroidea post tiroidectomía, Goldman 1, medicación levotiroxina.

Ingresa para colecistectomía videolaparoscópica ambulatoria, suspendida 10 días antes por cuadro neumónico. Sin parámetros de vía aérea dificultosa.

Se realiza TIVA, se intuba con King-Visión sin dificultad, TET n°7, se insufla balón con 3,5 ml de aire, dígito-palpación del balón como método de medición de la presión. Al no obtenerse un volumen de oclusión satisfactorio se insufla volumen adicional hasta el cese de fuga peritubo (3 ml). Cirugía de 55 minutos sin particularidades. Diez horas posteriores al alta reingresa por dolor en hombro derecho y dorso con enfisema subcutáneo cervical y torácico.

TAC de cuello y tórax: Imagen sacular en cara posterior de tráquea a 41 mm de cuerdas vocales de 40 mm de longitud x 10 x 5 mm, con cuello de 5 mm, extenso enfisema subcutáneo y entre planos musculares.

Extenso enfisema mediastinal, ligero neumotórax en ambos ápices pulmonares mayor en lado derecho.

Fibrobroncoscopia: solución de continuidad en pared traqueal en la porción media de forma lineal alineada a la luz traqueal con bordes romos sin rasgaduras ni sangrado. Compromete pared posterolateral derecha abriéndose a mediastino con una extensión entre 3 y 4 anillos traqueales.

Se decidió conducta conservadora dado la estabilidad clínica, el tamaño menor a 40 mm y ausencia de lesión esofágica.

Comentarios: Considerando la sumatoria de factores de riesgo para una debilidad de la pared traqueal (mujer, > 50 años, tiroidectomía, neumonía reciente), sospechamos que se produjo herniación de la mucosa por aumento de la presión endoluminal con laceración ulterior. Los divertículos adquiridos son de gran tamaño con amplia conexión con la tráquea, como es el caso de nuestra paciente.

Si bien la causa más frecuente de injuria es un inflado excesivo del balón en una pared previamente alterada, en este caso no podríamos asegurar que la lesión haya sido ocasionada por el mismo.

Conclusión: Es mandatoria la realización de fibrobroncoscopia ante un enfisema subcutáneo inexplicado en el contexto de una intubación reciente.

Considerando la gravedad de esta complicación recomendamos el uso de manómetros para evitar presiones mayores a 30 cmH₂O causantes de isquemia de la mucosa.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.83>