



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-074 - PERFORACIÓN TRAQUEAL DIFERIDA TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

*Sánchez Ramos, Ana; Artés Caselles, Mariano; González Alcolea, Natalia; Muñoz, Joaquín; Pla, Pau; García Pavia, Arturo; García Oria, Miguel; Rivera Bautista, José Ángel*

*Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.*

### Resumen

**Objetivos:** La perforación traqueal post-tiroidectomía total es una complicación extremadamente infrecuente. A propósito de un caso ocurrido en nuestro centro se describe este cuadro y se realiza una revisión de la literatura.

**Caso clínico:** Mujer de 19 años, sin AP de interés, que ante el diagnóstico de carcinoma papilar de tiroides se le realiza tiroidectomía total y linfadenectomía central. Al 5º día postoperatorio (DPO) comienza con tos y hemoptisis. Posteriormente aparecen enfisema subcutáneo, eritema y dolor de la herida quirúrgica. Se realiza TAC cervico-torácico que demuestra extenso enfisema subcutáneo y neumomediastino, así como engrosamiento de la pared traqueal derecha sin llegar a evidenciar orificio traqueal. La endoscopia ORL revela restos hemáticos subglóticos. Ante los hallazgos se administra antibiótico empírico intravenoso y se decide exploración cervical urgente. Se objetiva en región antero-lateral derecha del 2º anillo traqueal un defecto de 2 cm, sin tejido necrótico y discreta afectación inflamatoria. Se hace reparación primaria con plastia de músculo esternotiroideo izquierdo y se deja un drenaje aspirativo. La paciente fue dada de alta al 11 DPO sin otras complicaciones.

**Discusión:** La perforación traqueal iatrogénica es una complicación rara (0,06%) descrita tras broncoscopia o intubación, e incluso con menor frecuencia tras cirugía cervical. La perforación puede ser intraoperatoria o diferida, en este último caso debido a una lesión térmica. La fístula traqueal y el enfisema subcutáneo son consecuencia de la necrosis traqueal y de los tejidos circundantes. Los pacientes presentan, normalmente entre el 5 y 7 DPO, enfisema subcutáneo y/o infección de herida quirúrgica. También puede existir compromiso respiratorio, hemoptisis, dolor retroesternal, tumefacción facial y cervical, entre otros. El diagnóstico es clínico. Un TAC cervico-torácico confirma la sospecha, descartando al mismo tiempo otras causas de enfisema subcutáneo. La broncoscopia puede localizar la ruptura traqueal. La indicación quirúrgica urgente consiste en reparación primaria y/o refuerzo con flap muscular, para prevenir fístulas. En caso de necrosis y afectación tisular se recomienda resección y anastomosis termino-terminal traqueal. Actualmente algunos autores describen manejo conservador (antibioterapia y reevaluación) en pacientes sin distrés respiratorio, ni infección de herida ni mala evolución clínica. En nuestro caso, durante las primeras horas, se consideró el manejo conservador pero dado el empeoramiento clínico, se optó finalmente por el manejo quirúrgico. Los hallazgos intraoperatorios confirmaron la sospecha del

origen térmico de la perforación. La perforación traqueal es una complicación poco frecuente que hay que sospechar en el postoperatorio de un paciente tiroidectomizado que presente enfisema subcutáneo. La cirugía es el tratamiento definitivo, aunque el manejo conservador se debe considerar en los pacientes estables con buena evolución clínica.