



P-095 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA TRAS CIRUGÍA DEL CUELLO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE LESIÓN TRAQUEAL

Blanco Elena, Juan Antonio; Alberca Páramo, Ana; Robles Quesada, María Teresa; Fuentes, Sofía; del Rosal Palomeque, Rafael; Ruiz Navarro, Pedro; Plata Rosales, José; Granados García, José

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: Las principales complicaciones de la cirugía tiroidea, tanto por su frecuencia como por su potencial gravedad, engloban el hematoma asfíctico, el hipoparatiroidismo postoperatorio y la lesión recurrencial. Aunque todas ellas pueden minimizarse con una adecuada planificación de la estrategia quirúrgica, existen otras complicaciones menos frecuentes, tanto quirúrgicas como anestésicas con las que es preciso establecer un adecuado diagnóstico diferencial. El objetivo del presente trabajo es analizar, a propósito de un caso, el diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda postoperatoria en cirugía tiroidea.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 73 años, con antecedente de diabetes mellitus, hepatopatía crónica etílica y fibrilación auricular, afecta de neoplasia folicular de tiroides. La paciente es sometida a hemitiroidectomía derecha con istmectomía dificultosa. Durante el procedimiento se neuromonitorizan el nervio vago y recurrente derechos, obteniendo baja intensidad de señal tanto antes como después de la exéresis. Tras extubación inicial la paciente permanece eupneica, manteniendo saturación de oxígeno y con fonación conservada, por lo que pasa a planta de hospitalización. Cuarenta y ocho horas tras la extubación la paciente presenta cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con expectoración hemoptoica que obliga a su ingreso en UCI y, tras su estabilización, a la realización de un TC urgente, en el que se objetiva lesión endotraqueal dependiente de pared posterior que se extiende desde C6 hasta T1, con realce tras la administración de contraste y que produce una estenosis del 80% de la luz traqueal. Antes de estos hallazgos se realiza una broncoscopia que visualiza, junto con paresia moderada de la cuerda vocal izquierda, la presencia de un gran coágulo de unos 3 cm de eje longitudinal a 4,5 cm de la carina bronquial. Tras la retirada del mismo se aprecia una erosión de unos 2 cm a nivel de la pars membranosa en probable relación con maniobras de intubación orotraqueal dificultosas. Tras 3 días de cuidados intensivos, la paciente pasa a planta de hospitalización donde evoluciona favorablemente, siendo alta tras 12 días de hospitalización. En laringoscopia previa al alta se informa de laringe con mucosa y cuerdas vocales edematosas que deja luz glótica de calibre normal con motilidad cordal conservada.

Discusión: La insuficiencia respiratoria es una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la resección tiroidea. La principal causa de estridor en el postoperatorio es el edema de cuerdas vocales por la intubación orotraqueal. El manejo adecuado de esta situación requiere corticoterapia intravenosa y ventilación con presión positiva. La lesión recurrencial bilateral, el distrés respiratorio

y la lesión traqueal intraoperatoria le siguen en orden de frecuencia aunque suponen, en su conjunto, entidades muy poco frecuentes. En el caso que presentamos, se produjo una lesión traqueal iatrogénica por intubación que se interpretó inicialmente como parálisis recurrential. La presencia de un período inicial libre de síntomas hace poco probable la presencia de una lesión recurrential. No obstante, la disección perirrecurrential dificultosa, junto con los resultados poco valorables de la neuromonitorización intraoperatoria, son datos que, ante la presencia de estridor y disnea, deben llevar a una rápida actuación.