



P-163 - LESIÓN TRAQUEOESOFÁGICA IATROGÉNICA TRAS TRAQUEOSTOMÍA DILATACIONAL PERCUTÁNEA

Medina Velázquez, Raúl; Acosta Mérida, María Asunción; Armas Ojeda, Desirée; Artiles Armas, Manuel; Gil Lorenzo, Rita; Juárez San Juan, Ana Victoria; Hussein, Serhal; Marchena Gómez, Joaquín

Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Introducción: La traqueostomía dilatacional percutánea (TDP) se afianza como alternativa a la traqueostomía quirúrgica en unidades de cuidados intensivos. A pesar de una incidencia de complicaciones baja, éstas pueden ser severas. Se presenta a continuación un caso de lesión traqueo-esofágica iatrogénica durante la realización de una TDP y realizamos una revisión de la literatura para determinar la mejor manera de prevenir y tratar este tipo de lesiones.

Caso clínico: Paciente de 64 años ingresada en la unidad de cuidados intensivos un cuadro de meningitis neumocócica complicada con una insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía nosocomial. Dada su dependencia de la ventilación mecánica se programa la realización de una TDP. Tras su colocación, se evidencia una importante fuga aérea y ausencia de patrón capnográfico indicativos de su mal posicionamiento. En ese momento, se evidencia mediante fibrobroncoscopia una lesión de la tráquea en la región posterolateral izquierda (parte membranosa) y, concomitantemente, una perforación del esófago cervical (con visualización de la sonda nasogástrica en la fibrobroncoscopia). Tras asegurar la vía aérea mediante intubación traqueal distal a la lesión bajo control fibrobroncoscópico, se traslada a la paciente a quirófano. Mediante cervicotomía exploradora, se confirma la presencia de dos lesiones traqueales (una en cara anterior entre primer y segundo anillo traqueal y otra posterolateral izquierda que comunica con una perforación esofágica en cara anteromedial, en íntimo contacto con el nervio laríngeo recurrente izquierdo). Se procede a realizar sutura simple en dos planos de la perforación esofágica y colocación de drenaje perilesional, así como una traqueostomía quirúrgica distal a ambas lesiones traqueales.

Discusión: Aunque algunos autores manifiestan que no es necesario realizar control fibrobroncoscópico sistemático para colocar una TDP, diversos estudios muestran una menor incidencia de complicaciones graves como las lesiones traqueo-esofágicas cuando se realiza bajo dicho control. Por otro lado, la evidencia en una radiografía de tórax, de calcificación de los cartílagos traqueales, constituye para muchos autores una indicación directa de traqueotomía quirúrgica. También es importante descartar la presencia de un gran bocio que contraindique el abordaje percutáneo mediante ecografía cervical. Generalmente, dada la ausencia de contaminación local y la precocidad con la que suelen ser diagnosticadas las lesiones esofágicas tras TDP, el manejo preferido es la realización de sutura simple (pudiendo asociar parche de músculo pretiroideo o esternocleidomastoideo) acompañada de drenaje cervical. El manejo de la lesión traqueal dependerá

su tamaño y localización, pudiéndose realizar sutura simple en defectos pequeños y accesibles, aunque lo prioritario es asegurar la vía aérea mediante traqueostomía quirúrgica distal a la lesión para permitir una correcta cicatrización del defecto. La mejor manera de prevenir lesiones traqueo-esofágicas durante una TDP es su colocación bajo control fibrobroncoscópico. Una vez asegurada la vía aérea, el manejo preferido de la lesión traqueal es la realización de una traqueostomía quirúrgica distal a la misma. Para la lesión esofágica es posible realizar una sutura simple y drenaje.