

Guadalupe	Nombre:
Rueda Monago	Apellido:
Rodríguez Godoy, Clara. Sánchez Paré, Danyelle. López Moreno, Ana María. Gil Perea, Clara. Relaño Mesa, Marta	Otros Autores:
guada7159@gmail.com	E-mail:
Hospital Infanta Cristina	Hospital:
Badajoz	Ciudad:
Lesión traqueal tras intubación. Hallazgos por TC.	Título:
Paciente mujer de 40 años sin antecedentes personales de interés que ingresa de forma programada para intervención quirúrgica por parte del Servicio de Traumatología. Consultan por dificultad respiratoria y crepitantes en región cervical, con sospecha de enfisema. En las imágenes de TC encontramos un neumomediastino que diseca anterior y posteriormente los grandes vasos y el corazón. Se aprecia, además, un enfisema subcutáneo desde la región torácica alta y se extiende cranealmente hasta disecar todos los planos cervicales. Se observaba, además, una solución de continuidad en la región posterior de la tráquea, en la pars membranosa, que podría estar en relación con la intubación realizada durante la intervención quirúrgica. A esta paciente se le realizó una broncoscopia que confirmó la presencia de la lesión traqueal descrita en el TC.	Presentación:
La rotura traqueal secundaria a intubación para ventilación mecánica es un hecho poco frecuente, excepcional cuando se realiza por personal experimentado. Los factores asociados con mayor frecuencia con esta complicación son la intubación en situación de emergencia, la intubación dificultosa con varios intentos y el uso de fiador en la intubación. Otra posible causa es la hiperinsuflación del balón del tubo orotraqueal, la recolocación del tubo sin desinflar el balón o los movimientos del paciente con el balón inflado. Habitualmente el diagnóstico se sospecha por la clínica y los hallazgos radiológicos. Deben ser confirmados mediante broncoscopia.	Discusión :
La rotura traqueal postintubación es una entidad muy infrecuente, pero con una elevada morbimortalidad. Debe sospecharse en todos los pacientes a los que se intubó de forma urgente y con dificultad, así como en aquéllos a los que se colocó un tubo de doble luz. Los síntomas más comunes son la aparición de enfisema subcutáneo con neumotórax y/o neumomediastino. Un diagnóstico precoz mejorará, sin duda, el pronóstico de estos pacientes.	Conclusión:
Ramos Izquierdo R et al. Rotura traqueal iatrogénica por intubación orotraqueal. Cir Esp. 2006;80(1):46-8. Marty-Ané CH, Picard E, Jonquet O, Mary H. Membranous tracheal rupture after endotracheal intubation. Ann Thorac Surg, 60 (1995), pp. 1367-71 Carbognani P, Bobbio A, Cattelani L, Internullo E, Caporale D, Rusca M. Management of postintubation membranous tracheal rupture. Ann Thorac Surg, 77 (2004), pp. 406-9 Fan CM, Ko PC, Tsai KC, Chiang WC, Chang YC, Chen WJ, et al. Tracheal rupture complicating emergent endotracheal intubation. Am J Emerg Med, 22 (2004), pp. 289-93	Bibliografía:
Solución de continuidad en pars membranosa de la tráquea. Neumomediastino y	Pie de foto:

enfisema subcutáneo secundario.	
---------------------------------	--