

Nombre:	Jade
Apellido:	García Espinosa
Otros Autores:	Elena Moya Sánchez, Alberto Martínez Martínez
E-mail:	jadegarciaespinosa@gmail.com
Hospital:	H.A.R Alcalá la Real
Ciudad:	Alcalá la Real (Jaén)
Título:	Rotura traqueal postintubación
Presentación:	Paciente mujer de 86 años intubada en el postoperatorio de cirugía maxilofacial, con clínica de insuficiencia respiratoria aguda. Se realizó tomografía computarizada (TC) de tórax en la que se apreció abundante enfisema en tejidos blandos de cuello y tórax, neumotórax derecho, neumomediastino y solución de continuidad en la pared posterolateral derecha de la tráquea.
Discusión :	<p>El diagnóstico radiológico fue de rotura traqueal postintubación, lo que se confirmó mediante fibrobroncoscopia.</p> <p>La rotura traqueal postintubación orotraqueal es una complicación muy infrecuente pero con elevada morbimortalidad. Las situaciones que más la favorecen son la intubación emergente, intentos múltiples, uso de fiador, hiperinsuflación del balón del tubo, recolocación del tubo sin desinflar el balón, movimientos del paciente con el balón inflado e inexperiencia del médico.</p> <p>Puede ser longitudinal o transversal. Las longitudinales son las más frecuentemente relacionadas con intubación, ocurriendo prácticamente siempre en la pared posterior traqueal, membranosa, de menor resistencia y grosor que la pared anterolateral, cartilaginosa.</p> <p>La técnica de imagen de elección en Urgencias es la TC, que muestra signos indirectos inespecíficos como neumomediastino, neumotórax, enfisema de tejidos blandos extrapulmonares que aumenta progresivamente, pérdida de la forma circunferencial de la pared traqueal, deformidad de su contorno, comunicación anormal de la misma con otras estructuras mediastínicas o aire paratraqueal. En algunas ocasiones, como en nuestro caso, puede localizarse una solución de continuidad en la pared traqueal, siendo este el único signo directo de rotura. Un signo que nos ayuda a localizar la lesión es la herniación del globo a través de la misma adquiriendo una forma en mancuerna o "Mickey Mouse".</p> <p>La rotura traqueal debe confirmarse con fibrobroncoscopia o cirugía.</p>
Conclusión:	La rotura traqueal postintubación es infrecuente y grave. La presencia de los signos indirectos descritos o la visualización directa de lesión traqueal en un paciente intubado, deben hacernos sospechar esta entidad.
Bibliografía:	- H. Lim, J. H. Kim, D. Kim, J. Lee, J. S. Son, D. C. Kim, and S. Ko. Tracheal rupture after endotracheal intubation. A report of three cases. Korean J

	<p>Anesthesiol. 2012; 62(3): 277–280.</p> <p>- E. Miñambresa, J. Burona, A. González-Castroa, JC. Rodríguez-Borregana, R. Monsb, F. López-Espada. Tracheal rupture after urgent intubation. Med Intensiva 2005;29(7):393-5.</p> <p>- C. R. Medina, JJ. Camargoll, JC. Felicettill, T. N. Machuca, B. M. Gomes, L. A. Melo. Post-intubation tracheal injury: report of three cases and literature review. J. bras. Pneumol 2009;35(8).</p> <p>- J. Chen, K. Shanmuganathan, SE. Mirvis, KL. Killeen, RP. Dutton. Using CT to diagnose tracheal rupture. AJR 2001;176(5).</p>
Pie de foto:	<p>TC de tórax en plano axial (a y b) y reconstrucciones coronal (c) y sagital (d) donde se aprecia enfisema de partes blandas de tórax (flecha blanca), neumotórax (asterisco), neumomediastino (flecha amarilla) y solución de continuidad en la pared posterior de la tráquea (flechas rojas).</p>