



NOTA CLÍNICA

Revisión de las estenosis traqueales tras intubación: a propósito de un caso

M.A. Fernández Vaquero^{a,*}, E. Bartolomé Cela^b y F.R. Villegas Fernández^c

^aServicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

^cServicio de Neumología, Hospital Central de la Defensa Gómez Ulla, Madrid, España

Recibido el 22 de abril de 2008; aceptado el 5 de junio de 2008

PALABRAS CLAVE

Estenosis traqueal;
Broncoscopia;
Intubación

Resumen

La estenosis traqueal tras la intubación es una situación de gran importancia clínica. Se calcula que se produce aproximadamente en el 5-20% de los pacientes intubados o traqueostomizados. Un 1% de los casos conllevan disfunción respiratoria severa. Se presenta a un paciente de 45 años que sufre una enfermedad coronaria aguda grave resuelta en quirófano bajo anestesia general (primera intubación-ocasión). El paciente ingresa en la unidad de cuidados intensivos conectado a ventilación mecánica mantenida hasta el noveno día en que se desteta y extuba. Presenta entonces un cuadro de insuficiencia respiratoria que requiere reintubación (segunda ocasión) y reconexión al ventilador mecánico. Evoluciona favorablemente y permite su destete y extubación definitiva el día 12. A los 28 días presenta un cuadro de disnea, estridor, tiraje y taquipnea. Una exploración con fibrobroncoscopio muestra una estenosis traqueal en la región subglótica. Se realiza laserterapia y colocación de prótesis traqueal con buena evolución. © 2008 Medicina Intensiva. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Tracheal stenosis;
Bronchoscopy;
Postintubation

Review of the post-intubation tracheal stenosis: a case report

Abstract

Postintubation tracheal stenosis is a very important clinical situation. It is estimated to occur in approximately 5% to 20% of intubated or tracheostomized patients. However, 1% also suffers severe respiratory dysfunction.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: miguelangelfernandezvaquero@yahoo.es (M.A. Fernández Vaquero).

We report the case of a 45-year old patient who required surgery under general anesthesia (first intubation experience) after suffering severe coronary disease. The patient was admitted to the intensive care unit, connected to maintained mechanical ventilation for 9 days when he was weaned and extubated. He then suffered a picture of respiratory failure requiring reintubation (for a second time) and reconnection to the mechanical ventilator. He evolved favorably, and it was possible to wean him again with final extubation on the 12th day. At 28 days, he presented a picture of dyspnea, stridor, tachypnea and a bronchoscope examination show tracheal stenosis in the subglottic region. He was treated with laser and silicone tracheal stent, with good evolution.

© 2008 Medicina Intensiva. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La estenosis traqueal es un problema relacionado con distintas etiologías de origen maligno o no maligno. La mayoría de las obstrucciones centrales de la vía aérea no malignas se producen por la formación de tejido de granulación en relación con la intubación endotraqueal, los tubos de traqueostomía o cuerpos extraños. De hecho, las estenosis tras intubación siguen siendo la indicación más frecuente de cirugía traqueal en la población adulta¹. En el estudio prospectivo de Stauffer et al², realizado en 1981, el 65% de las traqueotomías y el 19% de las intubaciones orotraqueales desarrollaron estenosis de la vía aérea. En la actualidad, en un estudio prospectivo y controlado de la incidencia de estenosis mayor del 50% de la luz, aquella fue de un 12% en las traqueostomías y de un 17% en las intubaciones tranlaríngeas³.

La presión del balón de neumataponamiento es el principal mecanismo para la formación de una estenosis traqueal tras intubación, por su excesivo inflado, que puede producir isquemia de la zona y determinar una estenosis traqueal. La incidencia ha disminuido en las últimas décadas de forma notable debido al diseño más apropiado de los manguitos de neumataponamiento^{2,3}.

Además, hay ciertos factores que pueden contribuir a incrementar el riesgo de desarrollar estenosis tras la intubación: intubación traumática o prolongada, reintubaciones y tubo endotraqueal excesivamente grande o sus movimientos. El conocimiento de todos estos factores es de la mayor importancia para evitar la aparición de esta lesión⁴.

Finalmente, cabe reseñar que las estenosis traqueales que afectan gravemente a la función respiratoria son aproximadamente del 1%⁵.

Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 45 años de edad, con antecedentes de tabaquismo e hipercolesterolemia, que sufre una enfermedad coronaria aguda grave y que es intervenido de cuádruple *bypass* aortocoronario con circulación extracorpórea. La ecocardiografía transesofágica mostró fracción de eyección del 8-10%.

El paciente fue intubado y mantenido con ventilación mecánica 9 días en la unidad de cuidados intensivos (UCI). Tras su extubación, comienza con aumento de la frecuencia

respiratoria, valores reducidos de saturación de oxígeno de oxihemoglobina, por lo que se procede a reintubación y reconexión al ventilador mecánico, que se mantienen hasta el duodécimo día en que se puede retirarlos de forma definitiva. Estabilizado el cuadro pasa a cardiología.

Al octavo día de estar en planta comienza con disnea, estridor, intenso trabajo respiratorio y taquipnea, por lo que es trasladado nuevamente a la UCI. Ante los síntomas de obstrucción de la vía aérea superior, se realiza fibrobroncoscopia urgente que objetiva estenosis traqueal compleja. Se realiza tomografía computarizada (TC) cervical que muestra estenosis traqueal en extremo proximal del 66% a 2 cm, aproximadamente, de la glotis con fibrosis peritraqueal y luz de 5 mm (fig. 1).

Se decide realizar broncoscopia rígida para colocar una prótesis traqueal (fig. 2). La broncoscopia rígida se combina con laserterapia con láser Nd-YAG sobre la lesión y posterior resección mecánica con broncoscopio rígido. Tras la recanalización traqueal se coloca una prótesis de silicona (Dumon 14/40), que queda correctamente anclada y permeable con el extremo proximal a unos 2,5 cm de las cuerdas, y el ex-



Figura 1 Tomografía computarizada cervical que muestra la estenosis.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3113435>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3113435>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)