

Bibliografía

1. Umino J, Tanaka E, Ichijo T. Hepatic hydrothorax in the absence of ascites diagnosed by intraperitoneal spraying of indocyanine green. *Intern Med.* 2004;43:283–8.
2. Bhattacharya A, Mittal BR, Biswas T, Dhiman RK, Singh B, Jindal SK, et al. Radioisotope scintigraphy in the diagnosis of hepatic hydrothorax. *J Gastroenterol Hepatol.* 2001;16:317–21.
3. Foschi FG, Piscaglia F, Pompili M, Corbelli C, Marano G, Righini R, et al. Real-time contrast-enhanced ultrasound—a new simple tool for detection of peritoneal-pleural communications in hepatic hydrothorax. *Ultraschall Med.* 2008;29:538–42.
4. Huang TW, Cheng YL, Chang H. Hepatobiliary and pancreatic: Hepatic hydrothorax. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:956.
5. Zenda T, Miyamoto S, Murata S, Mabuchi H. Detection of diaphragmatic defect as the cause of severe hepatic hydrothorax with magnetic resonance imaging. *Am J Gastroenterol.* 1998;93:2288–9.

A. Garrote*, E. Giradlez, S. de Lange y C. Galban

Unidad de Medicina Intensiva de Adultos, Complejo Hospital Universitario de Santiago de Compostela, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tonton@telefonica.net (A. Garrote).

doi:10.1016/j.medin.2010.07.010

Neumomediastino de causa infrecuente

Pneumomediastinum of rare cause

Sr. Director:

Las roturas traqueales postintubación son un complicación infrecuente (< 0,05%, según algunas series^{1,2}), pero potencialmente muy graves. Presentamos el caso de una mujer de 76 años con antecedentes personales de HTA y adenocarcinoma de colon en remisión, que presentó un cuadro de disminución del nivel de conciencia por el que fue intubada. Se realizó TAC craneal en el que se objetivó una hemorragia subaracnoidea difusa, siendo la paciente trasladada a centro de referencia de Neurocirugía. A su llegada a UCI la paciente se mantiene bajo efectos de sedoanalgesia y a la exploración se palpa enfisema subcutáneo en tórax y cuello. En radiografía de tórax no se observan signos de neumotórax ni neumomediastino, pero ante la progresión de enfisema subcutáneo se realiza TAC cervicotorácico (fig. 1), en el que se evidencia enfisema cervical y torácico,

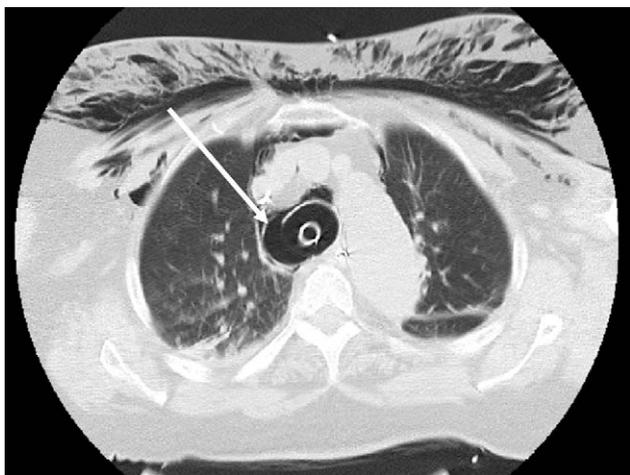


Figura 1 Rotura de pared posterolateral derecha de traquea.

neumomediastino y neumopericardio, con posible solución de continuidad en pared posterolateral derecha de la tráquea. Valorada por Cirugía Torácica se confirma la rotura traqueal a la entrada de bronquio derecho de unos 3 cm mediante fibrobroncoscopia, intentándose aislamiento de rotura traqueal con TOT en ambos bronquios sin éxito. Posteriormente la paciente presenta deterioro respiratorio con neumotórax izquierdo que se drena mediante la colocación de tubo torácico. Dada la patología neurológica de la paciente se decide en un principio tratamiento conservador de la rotura traqueal, pero tras confirmar mediante arteriografía dilatación de la porción terminal de la arteria basilar y dudoso aneurisma en la pared posterior del segmento terminal de carótida interna izquierda, no tratables mediante embolización, y ante la previsión de intubación prolongada, se decide intervención quirúrgica para cierre de rotura traqueal mediante sutura y plastia de músculo intercostal. La evolución de la paciente tras la cirugía fue de deterioro hemodinámico y respiratorio progresivo junto con la aparición de infarto en área de arteria cerebral media izquierda, siendo exitus a las 48 horas de la intervención.

A pesar de la baja incidencia de las roturas traqueales iatrogénicas postintubación, la alta morbimortalidad asociada hace que se deban extremar las precauciones para disminuir aún más su aparición. Son más frecuentes en intubaciones urgentes en las que se ha utilizado fiador, intentos repetidos de intubación, uso de tubos orotraqueales de doble luz y en alteraciones anatómicas de la tráquea. Se deben sospechar cuando el paciente presente enfisema subcutáneo, neumotórax y/o neumomediastino, confirmándose mediante fibrobroncoscopia, ya que el TAC no siempre permite el diagnóstico de certeza. Algunos autores^{3–5} indican la posibilidad de tratamiento conservador en pacientes estables y roturas pequeñas, aunque si existen datos de mediastinitis o existen dificultades para el manejo respiratorio del paciente se debe valorar la posibilidad de tratamiento quirúrgico. Una vez producidas es fundamental un diagnóstico precoz para disminuir la mortalidad asociada, que en las pocas series que existen en la literatura la sitúan hasta en un 45%.

Bibliografía

1. Borasio P, Ardisson R, Chiampo G. Post-intubation tracheal rupture. A report on ten cases. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1997;12:98–100.
2. Miñambres E, Burón J, González- Castro A, Rodríguez-Borregán JC, Mons R, López-Espadas F. Rotura traqueal tras intubación urgente. *Med Intensiva.* 2005;29:393–5.
3. Fan CM, Ko PC, Tsai KC, Chiang WC, Chang YC, Chen WJ, et al. Tracheal rupture complicating emergent endotracheal intubation. *Am J Emerg Med.* 2004;22:289–93.
4. Carbognani P, Bobbio A, Cattelani L, Internullo E, Caporale D, Rusca M. Management of postintubation membranous tracheal rupture. *Ann Thorac Surg.* 2004;77:406–9.
5. Conti M, Pougeoise M, Wurtz A, Porte H, Fourrier F, Ramon P, Marquette CH. Management of postintubation tracheal rupture. *Chest.* 2006;130:412–8.

J. González Robledo^{a,*}, M.J. Pascual Lorenzo^a,
I. González Fernández^b y A. Rodríguez Encinas^a

^a *Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca, España*

^b *Servicio de Medicina Interna, Complejo Hospitalario de Salamanca, Salamanca, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jagrobledo@yahoo.es
(J. González Robledo).

doi:10.1016/j.j.medin.2010.07.016