

<b>Caso</b>	(289) Complicaciones de la intubación endotraqueal:
<b>Autores</b>	perforación gástrica tras intubación esofágica Irene García Tuells, Maximiliano Suazo Aravena, Ana Blanco Barrio, Carmen Trejo Gallego, Gloria Pérez Hernández, Marta Sánchez Canales, Ana Barceló Cárceles
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Morales Meseguer

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos a un varón de 56 años que había ingresado en UCI por una insuficiencia respiratoria de origen desconocido. Se mantuvo con ventilación mecánica no invasiva durante 5 días tras los cuales se procedió a sedación e intubación orotraqueal por necesidades elevadas de O<sub>2</sub> y agitación. Se le realizó una intubación orotraqueal con una primera intubación fallida en esófago y segunda en tráquea.

En la radiografía de tórax en decúbito se observó la presencia de gas subdiafragmático derecho, en relación con neumoperitoneo extenso. Se realizó posteriormente TC abdomino-pélvico con contraste iv en fase venosa donde se identificaba una perforación gástrica amplia, con una colección adyacente y focos de sangrado activo. Se intervino de urgencia. En el quirófano se objetivó hemoperitoneo de 1.5L y una rotura gástrica a nivel de curvatura mayor de unos 10cm de longitud que se continuaba con deserosamiento gástrico hasta el fundus. Se realizó gastrectomía total y se colocó sonda Pezzer en esófago abdominal sobre bolsa de tabaco esofágica y exteriorización en hipocondrio izquierdo, con yeyunostomía según técnica de Witzell y fijación del asa a la pared, con dos drenajes Penrose.

## DISCUSIÓN

La intubación orotraqueal permite mantener la vía aérea permeable y aislada del tubo digestivo, asegurando una adecuada ventilación y oxigenación tisular. Durante el procedimiento pueden producirse distintas complicaciones que debemos tener en cuenta.

La malposición orotraqueal es la más frecuente. Tras la intubación se debe realizar radiografía de tórax de control, donde tendremos que identificar el tubo endotraqueal a unos 5 cm por encima de la carina, de forma que con la flexo-extensión del cuello no se produzcan complicaciones tales como el desplazamiento del tubo hacia el bronquio principal derecho, que conlleva hipoventilación y atelectasia pulmonar.

Otras complicaciones que pueden ocurrir son la intubación esofágica y la laceración, estenosis y rotura traqueal. La introducción inadvertida del tubo en el esófago en cuestión de minutos, puede tener consecuencias catastróficas y la gravedad depende en gran medida de la rapidez en el diagnóstico. Durante la insuflación esofágica se puede producir regurgitación con broncoaspiración posterior y fracaso de la ventilación que puede derivar en lesión hipóxica. También se puede producir una perforación esofágica o gástrica por el aumento de la presión endoluminal. En el estudio de TC se identificará la discontinuidad en la pared

gástrica junto a burbujas de gas extraluminal locorreregionales, y como datos indirectos se visualizará reticulación de la grasa y colecciones líquidas adyacentes. En caso de que se administre contraste vía oral se objetivará la fuga del mismo. Puede existir sangrado activo, que se identificará como un jet de contraste extravasado en fase arterial que aumenta en fase portal, junto a una colección adyacente de alta densidad (45-70 UH) que traduce un “coágulo centinela”.

## CONCLUSIÓN

La intubación endotraqueal es un procedimiento a la orden del día en pacientes críticos que no está exento de complicaciones, las cuales debemos conocer a la hora de realizar una aproximación diagnóstica. Para ello se realizará una radiografía de tórax de control tras la intubación, y en caso de sospecha de complicaciones mayores se completará estudio con TC dirigido.



*Perforación gástrica secundaria a intubación esofágica. 1. Radiografía de tórax en decúbito, donde tras un segundo intento de intubación se visualiza el tubo endotraqueal normoposicionado, junto a un extenso neumoperitoneo. Catéter venoso de acceso por la vena yugular derecha con extremo en vena cava superior. Extensas consolidaciones confluentes bilaterales y multifocales. 2 y 3. TC de abdomen con contraste iv (fase portal) en el plano axial y coronal. Se identifica extenso neumoperitoneo (estrella), un defecto en la curvatura mayor gástrica (flechas) con burbujas de gas extraluminal adyacentes y jets de extravasación de contraste (cabeza de flecha), en relación con focos de sangrado activo. Además se observa hemoperitoneo.*

## BIBLIOGRAFÍA

1. Marín Díez E, Lamprecht Y, Montes Figueroa E, Fernández Lobo V, Herrera Romero E, Blanco Rodríguez G. Radiografía de tórax en UCI: dispositivos de soporte vital y sus complicaciones. Radiología. 2018;60(Espec Cong):1474
2. Hunter TB, Taljanovic MS, Tsau PH, Berger WG, Standen JR. Medical devices of the chest. Radiographics. 2004 Nov-Dec; 24(6):1725-46.