

Presentación de Caso

Hospital General Docente “Vladimir Ilich Lenin”.

Una vía aérea difícil de causa inusual. Holguín. Enero 2006.

A difficult airway with unusual cause. Holguín. January 2006.

David Cuesta Peraza¹, Juana Elena Pupo¹, Maurín Ricardo Leyva², Jorge Herrera Freyre³.

1 Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor instructor. Departamento de Anestesiología. Hospital General Docente “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín.

2 Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Departamento de Anestesiología. Hospital General Docente “Vladimir Ilich Lenin”. Holguín.

3 Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Departamento de Anestesiología. Hospital Clínico- Quirúrgico Docente “Lucía Iñiguez Landín”. Holguín.

RESUMEN

La vía aérea es una de las barreras que un especialista debe dominar y enfrentar cada día en la práctica de la medicina. Se presenta paciente femenina de 44 años de edad con una desnutrición severa, ingresada en la sala de Oncología. La paciente tenía un rhabdomyosarcoma gigante en la espalda que no le permitía el decúbito supino ni lateral izquierdo, por este motivo se valoró como una posible vía aérea difícil a pesar de que los resultados de los test para dicha valoración estaban dentro de los rangos aceptados, la no posibilidad de tecnología de avanzada limitaban aún más la maniobra, la paciente deseaba ansiosamente su operación porque no se podía integrar a la sociedad ni vivir con dignidad. Se realizó el acto quirúrgico, en paciente anémica, se hizo la entubación en posición lateral sin dificultad y los resultados para la paciente y el grupo quirúrgico fueron satisfactorios. Se concluyó que hay que tener cuidado con todas las deformaciones o tumoraciones que podrían limitar la posición de decúbito supino, lo cual nos obligaría a la entubación lateral. Los riesgos y las condiciones existentes, los criterios de cada paciente y en extremo su condición de paciente oncológico deben de ser premisas bioéticas a respetar.

Palabras clave: vía aérea difícil, rhabdomyosarcoma, bioética.

ABSTRACT

The airway is one of the barriers that a specialist should master and face in the medical everyday practice. A 44 – year - old female patient was admitted at the Oncology ward. The patient had a huge rhabdomyosarcoma in her back which did not allow neither supine decubitus nor left lateral positions. The case was assessed as a possible difficult airway although the results were within the accepted ranges. The lack of high technology limited the surgical treatment application, the patient could not be integrated to the society ,for this reason she wanted to be operated on . Surgery in an anemic patient was applied as well as the intubation in lateral position and the results for the patient and the surgical staff were satisfactory. The authors considered that it is

necessary to be careful with all the deformations or tumors that could limit the supine decubitus position and its consequence. The risks and existent conditions, the patient's criteria, and the fact of being an oncology patient should be bioethical aspects to be taken into consideration in this case.

Key words: difficult airway, rhabdomyosarcoma, bioethics.

INTRODUCCIÓN

El anestesiólogo, como especialista, juega un rol único en el cuidado de la salud de todo paciente que va a ser sometido a un acto quirúrgico. Su misión es brindarle al paciente: ausencia de dolor durante y después del transoperatorio, abolición de la conciencia a lo largo de la intervención quirúrgica y cuidar la estabilidad tanto hemodinámica como metabólica. Todo esto es susceptible de sufrir modificaciones adversas si la oxigenación es comprometida durante la inducción o mantenimiento de la anestesia. De tal manera, que la responsabilidad fundamental de un anestesiólogo es mantener un adecuado intercambio gaseoso y para lograrlo, es condición "sine qua non" la permeabilidad de la vía aérea durante las tres etapas del estado de la anestesia y en el caso de perderla, reestablecerla rápidamente antes de que el paciente sufra efectos adversos irreversibles por inadecuada oxigenación a los tejidos. Una falla en la protección de ésta por más de cinco a ocho minutos podría dar como resultado, desde un trauma de la vía aérea superior hasta la muerte del paciente(1).

La vía aérea es una de las barreras que un especialista debe dominar y enfrentar cada día en la práctica de la medicina, durante la última década, se ha intensificado la percepción y se ha producido un incremento en la cantidad de literatura publicada sobre el reconocimiento y predicción de vía aérea difícil.

Durante la evaluación preoperatoria de la vía aérea, se debe elaborar una historia y examen físico minuciosos, relacionados con dicha vía. Se pueden llevar a cabo varias mediciones de carácter anatómicos y pruebas clínicas no invasivas para optimizar esta evaluación(2). Existen múltiples test para valorar la posible dificultad para abordar la vía aérea, todos de una forma u otra tratan de abarcar o enmarcar características anatómicas que nos predigan como será la entubación e incluso existen aditamentos para tratar de garantizar la vía aérea en caso de no poder hacer una entubación orotraqueal como la máscara laringea o la COPA (siglas del inglés *cuffed oropharyngeal airway*), siempre se buscan características en lugares como el cuello, cabeza , boca , nariz etc(3). Este caso se estudia porque es una localización inusual de un tumor en la espalda de crecimiento rápido y dimensiones que obligaron a una intubación en posición lateral de la paciente por la imposibilidad de tenerla en decúbito supino lo que motivo la presentación del caso e incluir esta patología en la espalda como otra posibilidad de complicar la viabilidad de la vía aérea.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 44 años de edad con una desnutrición severa, aproximadamente 45 Kg para una talla de 157 cm., por el proceso anarcoproliferativo avanzado, ingresada en la sala de Oncología del Hospital "Vladimir Ilich Lenin" de Holguín, se llamó para realizar consulta preoperatorio, fue realmente impresionante ver a una mujer joven con un inmenso tumor en la

espalda de seis meses de evolución, después de una biopsia positiva en un tumor que media centímetros.

La paciente estaba totalmente consciente con estudios preoperatorios necesarios para la posible intervención dentro de parámetros aceptables pero con anemia, tenía un Mallanpaty grado II , que a pesar de esto se dudaba su anuncio para cirugía electiva por la dificultad de tener una vía aérea permeable por la imposibilidad de estar en posición de decúbito supino o lateral izquierdo, que además tenía una historia de rechazo a su propio grupo sanguíneo, incluso después de realizarle cuatro plasmaféresis por indicación de los inmunólogos y hematólogos, en esos momentos tenía 76g/L y sólo dos paquetes de glóbulos preparados.

Con todos estos riesgos conocidos por la paciente, su única esperanza para morir o vivir con dignidad y estética dependía del grupo quirúrgico y se decidió llevarla al salón de operaciones en el mes de abril de 2006 donde hicimos gasometría preoperatoria, se canalizaron dos vías venosas con trocar calibre 16, se hidrató adecuadamente, se colocó monitor Dvotus IV para monitorizar la pulsoximetría y trazado electrocardiográfico derivación DII, se preoxigenó hasta que tuviera cifras en la pulsoximetría de 99 o 100%, se realizó premedicación con midazolam 2.5mg más atropina 0.5mg, se realizó inducción con la misma benzodiazepina 10mg, se utilizó atracurio a dosis de entubación 400 mcg/ kg ,se realizó una entubación con la paciente en decúbito lateral derecho penetrando el laringoscopio por la comisura izquierda por la posición y utilizando la fuerza de gravedad a favor que desplazaba las estructuras hacia abajo, se visualizaron sin dificultad las estructuras del espacio glótico concordando con un Cormack & Lehane grado II.

Se colocó tubo calibre 7 y se acopló a Servo 900 D, se almohadillaron todas las eminencias óseas que podrían dañarse y se colocó en posición decúbito prono, se prefijaron parámetros ventilatorios que llevaran a la paciente a un estado de oxigenación adecuado (oxígeno-aire 50%); durante el transoperatorio hubo pérdidas hemáticas grandes y de forma brusca porque el tumor tenía su base amplia (foto1) y muy vascularizado.

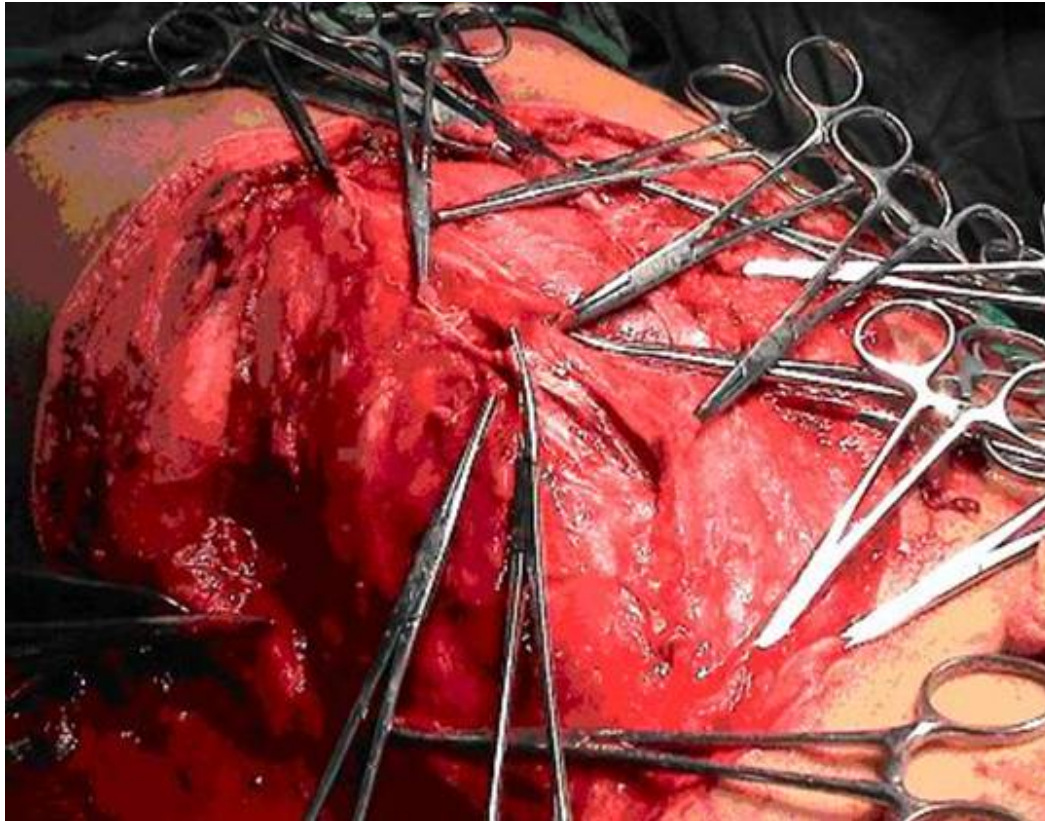


Foto 1

Las cifras de tensión arterial nunca descendieron de 90 la sistólica y 60 la diastólica, se utilizó una sola dosis inicial de 75 mcg de fentanyl porque se realizó el proceder en unos 30 minutos, se transfundió sin dificultad, se pasó al postoperatorio donde se trató el dolor y se extremaron las medidas para la extubación a las tres horas estaba en su sala totalmente recuperada y satisfecha por el trato recibido y el resultado para su integridad física y mental.

DISCUSIÓN

En este caso se manejó la vía aérea utilizando test para valoración de la vía aérea bastante conocido como el de Mallanpaty modificado en 1987 por Samsoun y Young y luego bajo laringoscopia el test de Cormack-Lehane los que coincidieron, algo no muy usual en otros autores y que ha obligado a que surjan otros test y otras mediciones (4-6), se prepararon set de abordaje de vía aérea quirúrgico porque la tumoración en la espalda no permitía su posición en decúbito supino o lateral izquierdo y podía aparecer en el momento de la entubación alguna dificultad.

En la literatura revisada se toman muchos parámetros anatómicos como predoctores de vía aérea difícil recomendados por la Sociedad Americana de Anestesiología (AS 7,8), otros trabajos donde se tratan patologías deformantes de causa congénita como mielomeningoceles, craneosinostosis, hidrocefalias, cifoesciosis, síndrome de Pierre Robin y otros, que de una forma u otra limitan la garantía de una vía aérea en momentos de la laringoscopia (9, 10), en todos los estudios revisados no se plantea la presencia de tumoraciones en la espalda como limitación para la vía aérea, en este caso fue una limitante importante además de no tener todo el

instrumental necesario para la entubación como laringoscopia con espátulas modificadas (Bullard, Bizarri, Mc Coy o fibroendoscopia lo que desde el punto de vista objetivo podría limitar las posibilidades de garantizar la vía aérea. En los Estados Unidos de América se demostró a través de estudios que la falta de preparación y la falta de instrumentos limitan mucho la actitud de los anestesiólogos antes los casos (8, 9).

Se concluyó que hay que tener cuidado con todas las deformaciones o tumoraciones que podrían limitar la posición de decúbito supino y nos obligaría a la entubación lateral y que a pesar de los riesgos y las condiciones existentes, los criterios de cada paciente y en extremo su condición de paciente oncológico deben de ser premisas bioéticas a respetar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Valero Espinosa A, Vielma de Lizarraga G. Manejo de Vía Aérea Dificil. Rev.Ven.Anest 1998; 3: 1: 13-21 ARTÍCULO ORIGINAL.
2. Peterson, Gene N. M.D., Ph.D.; Domino, Karen B. M.D., M.P.H.; Caplan, Robert A. M.D.; Posner, Karen L.Ph.D. Lee, Lorri A M.D.; Cheney, Frederick W. M.D. Manejo de la Vía aérea difícil: análisis cerrado de las demandas. Anesthesiology. 103 (1): 33-39, July 2005.
3. Adrián A. Matic, MD y John Olson, MD. Uso del tubo laríngeo (“Laryngeal Tube TM”) en dos situaciones de vía aérea difícil inesperada: Hiperplasia lingual amigdalina y obesidad mórbida. Canadian Journal of Anesthesia 51:1018-1021 (2004).
4. D. Cattano, M D, E. Panicucci, St D, A. Paolicchi, M D, F. Forfori, M D, F. Giunta, M D, C.Hagberg, MD. Evaluación de factores de riesgo de vía aérea difícil: Una encuesta italiana de 1.956 pacientes. Anesth Analg 2004; 99: 1774- 1779.
5. Shiga, Toshiya M.D, Ph.D; Wajima, Zen'ichiro M.D., Ph.D; Inoue, Tetsuo M.D, Ph.D; Sakamoto, Atsuhiko M.D., Ph.D. Predicción de intubación difícil en pacientes aparentemente normales: meta-análisis de prueba de detección del comportamiento a la cabecera del paciente. Anesthesiology.103 (2):429-437, August 2005.
6. Diagnóstico y orientación terapéutica de la vía aérea difícil. Rev. Arg. Anest; 59(6), nov 2001.
7. Rodríguez Altamirano, Ivania. Complicaciones de la Intubación endotraqueal y de métodos para valorar la vía aérea y su prevención. León; s.n; jul. 2000. 45 p. tab.
8. Levitan RM, Kush S, Hollander JE. Devices for difficult airway management in academic emergency departments: results of a national survey. Ann Emerg Med 1999; 33 (6): 694-698.
9. Rosenblatt W H, Wagner P J, Ovassapian A, Kain Z N. Practice patterns in managing the difficult airway by anesthesiologists in the United States. Anesth Analg 1998; 87 (1): 153-157.
10. R Díaz Alers R. Guías de actuación de la ASA para la vía aérea difícil. Rev. Elect. Med Int 2002; 2(11), nov 2002.

Correspondencia: Dr. David Cuesta Peraza. Calle 20 Edif. 37 apto 26 Rpto. Pedro Díaz Cuello. Correo electrónico: davo@fcm.hlg.sld.cu.

[Indice Anterior Siguiente](#)