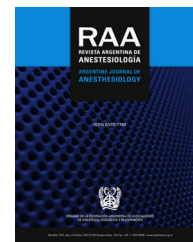




REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGÍA

www.elsevier.es/raa



CARTA AL EDITOR

Intubación de un paciente despierto con vía aérea difícil con el Clarus Video System[®]



Intubation of awake patient with difficult airway using the Clarus Video System[®]

Sr. Editor:

El fibroscopio maleable Clarus Video System[®] (Clarus Medical, LLC, Minneapolis, MN, EE. UU.) es un dispositivo especialmente diseñado para la visualización completa de toda la vía aérea durante el proceso de intubación traqueal. Dispone de una cámara de alta definición que confirma, a través de una pantalla, la colocación del tubo endotraqueal y de un tubo de acero inoxidable de 31,7 cm de largo en cuyo extremo distal presenta una punta maleable atraumática para proteger la vía aérea y una cámara de alta definición. Este dispositivo estaría englobado en el grupo de los estiletes ópticos (fig. 1).

Presentamos el caso de un paciente de 54 años, de 110 kg de peso y 163 cm de altura (índice de masa corporal $41,4 \text{ kg m}^{-2}$), que precisó intervención quirúrgica programada para nefrectomía derecha por presentar un tumor renal. Entre sus antecedentes personales era fumador de 60 paquetes/año, bebedor moderado, obesidad mórbida, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hipertensión arterial y síndrome de apnea obstructiva del sueño con requerimiento de *continuous positive airway pressure* (CPAP). Seguía tratamiento domiciliario con bromuro ipratropio, budesonida, salbutamol y enalapril.

En la exploración de la vía aérea presentaba un test de Mallampati-Samsoon-Young clase IV, macroglosia, distancia interdental de 3,5 cm, distancia tiromentoniana de 4 cm y limitación importante de la movilidad cervical. Se explicó al paciente la complejidad previsible de la intubación, así como todo el proceso que se iba a realizar incluida la intubación despierto, mostrándose colaborador en todo momento. Canalizamos una vía intravenosa del calibre 18 G y se realizó monitorización básica con electrocardiograma, pulsioximetría y presión arterial no invasiva. Se administraron 5 ml de lidocaína al 2% nebulizada seguido de anestesia tópica (spray de lidocaína al 10%) sobre lengua, paladar y orofaringe. Posteriormente, se administró al paciente 2 mg por



Figura 1 Dispositivo Clarus Video System[®].

vía intravenosa de midazolam y se inició una infusión de remifentanilo a $0,06 \mu\text{g kg min}^{-1}$. Se avanzó el Clarus Video System[®] por la línea media de la boca con un tubo endotraqueal de 7,5 mm fiado en el estilete, previamente lubricado, buscando la epiglotis; pasando por debajo de la misma, visualizando completamente la glotis y consiguiendo la intubación al primer intento. Durante todo el proceso no hubo episodios de desaturación arterial de oxígeno, ni traumatismos o hemorragias en la cavidad oral. Una vez intubado, se procedió a la inducción anestésica con propofol a $2,5 \text{ mg kg}^{-1}$ y rocuronio a $0,6 \text{ mg kg}^{-1}$. El mantenimiento se llevó a cabo con sevoflurano al 2% para mantener un BIS entre 40-60 y remifentanilo a $0,15 \mu\text{g kg min}^{-1}$, realizándose la nefrectomía sin incidencias.

En la mayoría de las situaciones en las que se ha empleado el Clarus Video System[®] el paciente se encontraba con anestesia general¹. Se han empezado a describir casos de utilización de este dispositivo, en pacientes con vía

<http://dx.doi.org/10.1016/j.raa.2017.01.006>

0370-7792/© 2017 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

aérea difícil (VAD) en ventilación espontánea, limitándose a casos aislados, existiendo muy poca información publicada hasta el momento². El Clarus Video System[®] se ha utilizado en pacientes con VAD de forma exitosa³, resultando de gran utilidad en pacientes con limitación de la apertura bucal, en pacientes con lesiones cervicales⁴ y con limitación de los movimientos de flexo-extensión del cuello⁵.

Consideramos que el Clarus Video System[®] puede ser una opción más para la intubación en pacientes despiertos siempre que el paciente colabore, se realice una buena anestesia local y el anestesiólogo presente una gran experiencia en su manejo.

Bibliografía

1. Moon YJ, Kim J, Seo DW, Kim JW, Jung HW, Suk EH, et al. Endotracheal intubation by inexperienced trainees using the Clarus Video System: Learning curve and orodental trauma perspectives. *J Den Anesth Pain Med*. 2015;15:207–12.
2. Cheng WC, Lan CH, Lai HY. The Clarus Video System (Trachway) intubating estilet for awake intubation. *Anesthesia*. 2011;66:1178–80.
3. Gaszynski T, Gaszynska E. The Clarus Video System stylet for awake intubation in a very difficult urgent intubation. *Anaesthesiol Intensive Ther*. 2013;45:153–4.
4. Seo H, Lee G, Ha SI, Song JG. An awake double lumen endotracheal tube intubation using the Clarus Video System in a patient with an epiglottic cyst: A case report. *Korean J Anesthesiol*. 2014;66:157–9.
5. Kim JK, Kim JA, Kim CS, Ahn HJ, Yang MK, Choi SJ. Comparison of tracheal intubation with the Airway Scope or Clarus Video System in patients with cervical collars. *Anaesthesia*. 2011;66:694–8.

Lorena España Fuente* y José Luis González González

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lorenespana@yahoo.es
(L. España Fuente).