

## P-56

**Edema agudo pulmonar: Una rara complicación postextubación**

J. Matos Medeiros<sup>a</sup>, C. Brenno Abreu<sup>a</sup>, J. Matos Medeiros<sup>b</sup>, J. Barbosa Ferreira<sup>c</sup>, A. Belén Acevedo<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil*

<sup>b</sup> *Hospital Municipal Hermenegildo Dias da Silva, Jaborandi, Bahia, Brasil*

<sup>c</sup> *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Hector A, Barceló, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** El edema pulmonar no cardiogénico postextubación traqueal es una complicación infrecuente (0,1%). Aunque el cuadro clínico generalmente es benigno, en muchos casos puede poner en riesgo la vida del paciente sometido a la intubación endotraqueal y anestesia general para procedimientos quirúrgicos. Su patogenia, aunque no bien comprendida, probablemente es multifactorial y se puede atribuir a la interrelación de varios procesos, pero su patrón común es la ocurrencia de obstrucción de vías aéreas post anestesia general secundaria laringoespasmos.

**Descripción del caso:** Paciente de 21 años de edad, masculino, pardo, llegó a la guardia del hospital por un accidente de motocicleta. Se presenta lúcido, orientado en tiempo y espacio, disneico, con fractura expuesta de tibia y peroné derecha y excoriación por el cuerpo, refiere dolor intenso. El paciente es encaminado a la cirugía donde se hace intubación endotraqueal y inducción con la anestesia, sometido a la ventilación mecánica y mantenido anestesia con isoflurano. Cirugía sin intercurencia. Luego del procedimiento, fue extubado y llevado para la Unidad de Cuidados Intensivos, en cual evolucionó con una disnea gradual. Al examen físico se observó la presencia de hemoptisis y una frecuencia respiratoria de 28 por minuto, frecuencia cardíaca 130 por minuto, Presión Arterial (PA): 150/100 mmHg, hipoxemia con SaO<sub>2</sub>: 68%. La auscultación pulmonar reveló una crepitación bilateral en ambas bases pulmonares. Se concluyó como diagnóstico inmediato "edema pulmonar a presión negativa" secundario a laringoespasmos postextubación. Se administró máscara CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) al 100% de oxígeno, y furosemida 80mg intravenosa. En la radiografía de tórax se presentaron infiltrados alveolares bilaterales con redistribución de flujo (diagnóstico de edema de pulmón). El paciente mejoró en las siguientes horas sin la necesidad de reintubación. Al tercer día de la internación se encontró hemodinámicamente estable con resolución de los infiltrados pulmonares.

**Comentarios y discusión:** El reconocimiento precoz permite al anesthesiologista tomar medidas profilácticas para prevenir y disminuir la morbilidad secundaria a la aplicación rápida de presión positiva de las vías aéreas y administración de diuréticos.

**Palabras clave:** Edema pulmonar postextubación; Anestesia general; Complicaciones.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.057>

## P-57

**Traqueostomía dilatacional percutánea ecoguiada en dos vías aéreas difíciles**

J.A. Valencia, D.J. Romero, E. Arango, J.E. Cubillos, H.A. Mantilla, L.G. García-Herreros

*Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá. Cundinamarca, Colombia*

**Introducción:** Las técnicas intervencionistas guiadas por ecografía reducen complicaciones, morbilidad y mortalidad perioperatoria; especialmente en pacientes con alteraciones anatómicas, en quienes el abordaje tradicional puede ser riesgoso.

**Descripción del caso:** Se presentó un paciente con un día de evolución de disnea y disfagia, sin antecedentes de importancia. Al examen físico se encontró una masa cervical, indurada, dolorosa, no móvil, que cruzaba la línea media. La tomografía mostró una masa de 10x8,6x7 cm, profunda, en la zona I del cuello; la cual producía una desviación traqueal y disminución de la luz a nivel supraglótico.

**Información adicional:** Se realizó una traqueostomía dilatacional percutánea bajo anestesia general. Al no encontrarse los referentes anatómicos usuales, se optó por una técnica eco-guiada. Se realizó una intubación orotraqueal con la ayuda de un video-laringoscopio y un introductor de tubo. Se ubicó la sonda de ecografía en la parte anterior del cuello, craneal al ángulo esternal, escaneando transversalmente la línea media. Se observó una masa heterogénea correspondiente a la masa tumoral. Se desplazó la sonda hacia la izquierda, identificando la tráquea. Una vez identificadas las principales estructuras anatómicas, se realizó la traqueostomía sin complicaciones. En un caso similar un paciente se presentó con una masa cervical que desviaba la tráquea hacia la derecha. Se realizó una traqueostomía percutánea eco-guiada sin complicaciones.

**Comentarios y discusión** (en relación a anestesiología): La ecografía es una herramienta valiosa en el manejo de vía aérea; detectando malformaciones anatómicas, predictores de vía aérea difícil, y minimizando riesgos. En casos en los que los reparos usuales no se observen, se recomienda la utilización de una técnica eco-guiada con el fin de evitar complicaciones.

**Palabras clave:** Traqueostomía; Vía aérea; Ultrasonografía; Neoplasia cervical

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.058>

## P-58

**Sedoanalgesia para traqueostomía en paciente con estenosis traqueal severa por intubación prolongada**

J.L. Campos, R. Alanis

*Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina*

**Introducción:** Se entiende por estenosis traqueal, la disminución anormal del calibre de la tráquea por retracción cicatricial o depósito de tejido patológico; es una de las principales causas de obstrucción crónica de la vía aérea superior. Es la complicación más grave de la reanimación

respiratoria. Puede manifestarse hasta 1 a 2 años luego de la intubación endotraqueal o traqueostomía. La estenosis post-intubación puede presentarse entre el 5 al 20%. La estenosis de la tráquea produce síntomas o signos, solo cuando el calibre se ha reducido en forma importante, reducido al menos en un 75%, luz no mayor de 5 mm. Se encuentra aumento de las resistencias inspiratorias y espiratorias y disminución de los flujos inspiratorios y espiratorios. El estridor, es un signo muy importante de estenosis; puede presentarse en reposo o ejercicio, ser inspiratorio, espiratorio o combinado. Debido al contexto mencionado anteriormente un paciente con esta patología presenta un manejo de vía aérea dificultoso y es preciso plantear otras alternativas anestésicas para su manejo quirúrgico.

**Descripción del caso:** Paciente Masculino de 46 años de edad programado para 2da traqueostomía programada como tratamiento para estenosis severa traqueal (disnea, taquipnea, estridor inspiratorio) secundaria a intubación orotraqueal prolongada en UTI, sin ningún otro antecedente patológico.

**Antecedente Previo:** intubación y ventilación dificultosa secundaria a traqueotomía sangrante, paciente ingresa de urgencia por hipoxia.

**Examen Físico:** IMC 33, Apertura Bucal 3.5 cm, DTM 10 cm, Mallampati 3, cuello corto y ancho, flexo extensión disminuida.

**Estrategia Anestésica:** se decide realizar sedoanalgesia vía endovenosa con Dexmedetomidina 1.0 mcg/kg/h por 15 minutos previos a la cirugía y luego mantenimiento con 0.8mcg/kg/h más Remifentanilo dosis continua de 0.06mcg/kg/min. Se coloca bigotera con O<sub>2</sub> 100% humidificado. No se intenta anestesia general, ni manejo de la vía aérea. Intraoperatorio el paciente se mantiene hemodinámicamente estable, tolera sin problema la intervención.

**Discusión:** Con este paciente se plantearon diferentes estrategias como la de inducir una anestesia general e intubar con TOT numero 6 o menor sin saber a ciencia cierta si dada su estenosis podría realizarse, a su vez presenta parámetros de ventilación e intubación dificultosa agregados al cuadro. En nuestro servicio no cuenta con fibroscopio para realizar intubación vigil como los protocolos indican, a su vez asegurar la vía aérea. Esta técnica ofrece buenas condiciones anestésicas para tolerar dicho procedimiento, por lo cual podría aplicarse en cirugías iguales o similares por la buena tolerancia y seguridad que ofrece en cuanto a la vía aérea, dosis farmacológicas y analgesia lograda.

**Palabras clave:** Estenosis traqueal; Sedoanalgesia para traqueostomía; Traqueostomía vigil

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.059>

P-59

### Uso de fibroscopia en manejo de vía aérea dificultosa

B. Torrellas, A.M.B. Zapana

*Hospital Interzonal San Felipe, San Nicolás, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** El manejo de la vía aérea difícil es un desafío para el anestesiólogo. El fallo en su abordaje representa uno de sus principales temores. El uso de fármacos para la sedación, el mantenimiento de la ventilación

espontánea y el desarrollo de la tecnología son una combinación excelente y segura gracias a cuál muchos de estos casos llegan a buen puerto.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 24 años, 75 kg, altura 187 cm. Cuadro de 5 días de evolución caracterizado por tumoración y dolor en región submaxilar izquierda. TAC: masa hipodensa, en región submaxilar y sublingual izquierda de 36,2 x 51 mm. Vía aérea indemne. Deciden conducta quirúrgica. Ayuno de 9 hs, sin antecedentes de jerarquía. Apertura bucal de 1.8 cm Mallampati no evaluable, Patil 5 cm, GM 6 cm, asimetría de cuello. En quirófano: FC 77, FR 16, TANI 110/73 mm Hg, SaO<sub>2</sub> 99%. Explicamos al paciente el procedimiento. Colocamos torunda embebida en lidocaína con epinefrina al 2% en fosa nasal derecha y topificamos orofaringe con lidocaína spray 10%. Preoxigenación con fiO<sub>2</sub>: 98%. Se administra midazolam 2 mg, atropina 700 mcg, dexmedetomidina 70 mcg más infusión de 0,5mcg/kg/h durante 15 min, RAMSAY 2. Se introduce fibroscopio por nariz derecha con tubo endotraqueal n°6, se avanza hasta observar epiglotis, cuerdas vocales y glotis, instilamos lidocaína al 2%, progresa hasta tráquea, se retira fibroscopio y observa correcta colocación del tubo endotraqueal, insuflamos balón, inducción a anestesia general: propofol 50 mg, atracurio 20 mg. Mantenimiento con remifentanilo 0,3 mcg/kg/min, sevoflurano 1,5%. Drenaje de absceso mediante cervicotomía. Extubación sin complicaciones.

**Información adicional:** Una adecuada preparación del paciente es imprescindible ante la intubación fibroscópica, para no producir estimulación sobre zonas reflexógenas de la vía aérea, siendo poco traumática y bien tolerada. Los éxitos oscilan en el 87-100%.

**Comentario:** Usamos el fibroscopio en concordancia a la limitada apertura bucal. Durante el procedimiento se observaron secreciones que no limitaron la visión, el paciente permaneció colaborador, con adecuada tolerancia durante la manipulación de la vía aérea, sin dolor ni molestia excepto leve tos en el momento de la introducción del tubo.

**Conclusiones:** La intubación con el uso de fibroscopio flexible en paciente despierto, actualmente es la técnica de elección para el manejo de pacientes con vía aérea dificultosa, es por esto que todos los anestesiólogos deberían estar entrenados y tenerlo a su disposición. Los nuevos dispositivos son gran utilidad, pero no reemplazan al gold estándar en sus resultados.

Palabras clave: Fibroscopía, Vía aérea dificultosa

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.060>

P-60

### Tumor glótico; intubación orotraqueal vigil guiada por videolaringoscopia CMAC

J. Andrade Méndez, D. Sánchez Novas, R. León

*Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** El manejo de la vía aérea en pacientes con tumores glóticos o periglóticos representa un desafío aún para anestesiólogos experimentados. Es imprescindible contar con una estrategia para asegurar la intubación como mejor garantía de ventilación y oxigenación. Según las guías