

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 O₂ 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, SaO₂ 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 fiO₂: 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 narina 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