

P-56

Edema agudo pulmonar: Una rara complicación postextubación

J. Matos Medeiros^a, C. Brenno Abreu^a, J. Matos Medeiros^b, J. Barbosa Ferreira^c, A. Belén Acevedo^c

^a *Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil*

^b *Hospital Municipal Hermenegildo Dias da Silva, Jaborandi, Bahia, Brasil*

^c *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 quirúrgico. 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 unafrecuencia respiratoria de 28 por minuto, frecuencia cardíaca 130 por minuto, Presión Arterial (PA): 150/100 mmHg, hipoxemia con SaO₂: 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 externo, 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