

P-63

Incidencia de la obesidad en la provincia de JUJUY y la implicancia en el manejo de la VA

BD. Condori

*Hospital Pablo Soria, San Salvador de Jujuy. Jujuy, Argentina***Further reading**

[1]BD. Condori Incidencia de la obesidad en la provincia de JUJUY y la implicancia en el manejo de la VA, doi: 10.1016/j.raa.2017.11.064.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.064>

P-64

Manejo de vía aérea en paciente pediátrico con hemangioendoteloma kaposiforme cervical compresivo

M.P. Bandi, M.S. Fernández

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El Hemangioendoteloma Kaposiforme es una neoplasia vascular rara (incidencia 1:100.000), frecuentemente congénita, de aparición en el tronco y extremidades. La localización cervical es infrecuente, manifestándose con estridor, dificultad respiratoria o hemoptisis. Es localmente agresivo, y se asocia en el 60% de los casos al fenómeno de Kasabach-Meritt, caracterizado por plaquetopenia y coagulopatía de consumo.

Descripción del caso: Paciente femenina de 4 meses de edad traqueostomizada de urgencia en otro centro por insuficiencia ventilatoria secundaria a compresión de la vía aérea por masa cervical gigante. La obstrucción intermitente de la cánula de traqueostomía por edema cervical severo determinaba la aparición de atelectasias pulmonares, acidosis, hipercapnia y episodios frecuentes de hipoxia con bradicardia extrema y requerimiento de maniobras de reanimación. Ingres a quirófano de urgencia en plan de broncoscopia, biopsia tumoral diagnóstica, recambio de traqueostomía y traqueoplastia. Bajo estricto monitoreo hemodinámico, anestesia general y asegurando la posición de la cánula, se realiza videolaringobroncoscopia, con dificultad en la identificación de la glotis por desviación y distorsión de la laringe, edema orofaríngeo y ocupación de retrofaringe. El edema glótico y subglótico impidió la progresión del broncoscopio rígido más allá de la tráquea cervical. Conservando la cánula de traqueostomía, se tutorizó la glotis bajo visión endoscópica con intercambiador Cook 8 French. Fue necesario retirarla para progresar el tubo endotraqueal n°3 a través del intercambiador más allá de la glotis, que al ocupar la luz traqueal impedía el paso del tubo. Asegurada la vía aérea, se prosiguió con la intervención quirúrgica.

Información adicional: La RMN evidenciaba lesión cervical en línea media, con compromiso de la vía aérea y extensión mediastinal, altamente vascularizada asociada a edema celular subcutáneo.

Comentarios y discusión: Los tumores cervicales pueden dificultar el acceso a la vía aérea, por compresión y desplazamiento de las estructuras anatómicas. El Hemangioendoteloma kaposiforme cervical compresivo ha sido escasamente reportado en la literatura, ya que es muy infrecuente, pero presenta graves complicaciones. Es necesario contar con estudios por imágenes a fin de planificar el abordaje de la misma, anticipándose a las dificultades y definiendo múltiples estrategias ante posibles escenarios de intubación y/o ventilación dificultosa. Tutorizar la vía aérea con intercambiadores o guías resulta clave cuando la distorsión anatómica impide la progresión del tubo endotraqueal. La dificultad en el manejo de la vía aérea en tumores tan voluminosos puede requerir el uso de medidas no tradicionales que suponen un riesgo para el paciente y desafío para el anestesiólogo.

Palabras clave: Tumor cervical; Vía aérea pediátrica, Hemangioendoteloma kaposiforme

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.065>

P-65

Intubación nasal en niño, con fibrobroncoscopio, en anquilosis temporomandibular

P.B Rubia Laria, E.S Zorrilla Albert, F. Sotarello, W.I Riveros

Hospital Doctor Guillermo Rawson, San Juan, Argentina

Introducción: El manejo de las vías respiratorias en la anquilosis de articulación temporomandibular (ATM) sigue siendo un desafío en anestesia. Esta dificultad es aún más complicada en niños por la necesidad de anestesia general y la limitada apertura bucal.

La intubación nasal con fibra óptica sigue siendo el método de primera elección en aquellos que tienen experiencia en la técnica.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 10 años de edad (34 kg) presentada para cirugía de liberación de anquilosis bilateral de la ATM

Se realizó la anestesia con sevoflurano y oxígeno al 100%, se coloca vía periférica calibre 18 G, se realiza atropina 0.2mg/kg, se continua durante todo el procedimiento de intubación con sevoflurano al 4%, siempre manteniendo la ventilación espontánea.

En la monitorización se contó con oximetría de pulso, capnografía, electrocardiograma, presión arterial no invasiva, bis, y sonda vesical.

Se introdujo fibrobroncoscopio pediátrico con tubo traqueal espiralado 5,5 mm lubricado con lidocaína gel 2% a través de la fosa nasal derecha, una vez que se visualizó la glotis se instilo lidocaína al 2% (40 mg), y se procedió a el paso del tubo endotraqueal por las cuerdas vocales de forma exitosa en un intento. Todo el curso intraoperatorio y postoperatorio fue sin incidentes.

Comentario y Discusión: Siempre que se anticipa la dificultad en la intubación y sobre todo en pacientes con anquilosis de ATM, se requiere una cuidadosa preparación y atención en detalle al manejo de la vía aérea.

La intubación vigil suele ser la opción más segura. Sin embargo, en niños la anestesia general es esencial. Esto sumado a la apertura bucal limitada es que se realiza una intubación nasal con fibrobroncoscopio.