



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMACIÓN CLÍNICA

Manejo anestésico para la cirugía de atresia de esófago en un neonato con síndrome de Goldenhar

Rosana Guerrero-Domínguez^{a,*}, Daniel López-Herrera-Rodríguez^a,
Inmaculada Benítez-Linero^a y Antonio Ontanilla^b

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Infantil, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

Recibido el 3 de julio de 2013; aceptado el 25 de julio de 2013

Disponible en Internet el 24 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Goldenhar;
Fístula traqueoesofágica;
Atresia de esófago;
Vía aérea difícil;
Fibrobroncoscopio

Resumen

Justificación y objetivos: El síndrome de Goldenhar es un cuadro polimalformativo consistente en una disostosis craneofacial que condiciona una vía aérea difícil hasta en el 40% de los casos. Describimos un caso de un neonato con síndrome de Goldenhar con atresia de esófago y fístula traqueoesofágica al que se practicó cirugía de reparación de la misma.

Relato del caso: Presentamos un caso de un neonato con síndrome de Goldenhar de 24 h de vida. Presentaba atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal. Se decidió una intervención quirúrgica urgente para la reparación de la misma. Se realizó bajo sedación, intubación con fibrobroncoscopio distal a la fístula, para limitar el paso de aire a esófago y la posible distensión abdominal. Tras la completa reparación de la atresia esofágica y la ligadura de la fístula, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos con sedoanalgesia e intubado.

Conclusiones: el hallazgo de un paciente con síndrome de Goldenhar y atresia de esófago supone una situación excepcional y un reto para los anestesiólogos, por lo que el manejo anestésico depende de la comorbilidad del paciente, del tipo de fístula traqueoesofágica, de la práctica hospitalaria habitual y de las habilidades del anestesiólogo responsable, siendo la principal particularidad el mantenimiento de una adecuada ventilación pulmonar en presencia de una comunicación entre la vía aérea y el esófago. La intubación con fibrobroncoscopio distal a la fístula solventa el manejo de la vía aérea probablemente difícil y limita el paso de aire al esófago a través de la fístula.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosanabixi7@hotmail.com (R. Guerrero-Domínguez).

KEYWORDS

Goldenhar's syndrome;
Tracheoesophageal fistula;
Esophageal atresia;
Difficult airway;
Fibrobronchoscope

Anesthetic management for surgery of esophagus atresia in a newborn with Goldenhar's syndrome

Abstract

Background and objectives: Goldenhar's syndrome is a polymalformative condition consisting of a craniofacial dysostosis that determines difficult airway in up to 40% of cases. We described a case of a newborn with Goldenhar's syndrome with esophageal atresia and tracheoesophageal fistula who underwent repair surgery.

Case report: We report the case of a 24-hour-old newborn with Goldenhar's syndrome. He had esophageal atresia with distal tracheoesophageal fistula. It was decided that an emergency surgery would be performed for repairing it. It was carried out under sedation, intubation with fibrobronchoscope distal to the fistula, to limit the air flow into the esophagus, and possible abdominal distension. Following complete repair of the esophageal atresia and fistula ligation, the patient was transferred to the intensive care unit and intubated under sedation and analgesia.

Conclusions: The finding of a patient with Goldenhar's syndrome and esophageal atresia assumes an exceptional situation and a challenge for anesthesiologists, since the anesthetic management depends on the patient comorbidity, the type of tracheoesophageal fistula, the usual hospital practice and the skills of the anesthesiologist in charge, with the main peculiarity being maintenance of adequate pulmonary ventilation in the presence of a communication between the airway and the esophagus. Intubation with fibrobronchoscope distal to the fistula deals with the management of a probably difficult airway and limits the passage of air to the esophagus through the fistula.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de Goldenhar (SG) o displasia óculo-aurículo-vertebral fue descrito por primera vez por Von Arlt en 1845¹. Se trata de un cuadro polimalformativo como consecuencia de defectos del primer y segundo arco branquial¹ consistente en una disostosis craneofacial, en la que se observan anomalías oculares y en las vértebras cervicales, malformaciones de los pabellones auriculares y microtia unilateral, asimetría facial, micrognatia², quistes dermoides epibulbares¹, así como otras alteraciones de la cavidad oral como hendidura palatina y alteración lingual^{3,4}. Mientras la incidencia del SG se estima en 1 de cada 5.000 recién nacidos vivos^{2,4}, la asociación de atresia de esófago (AE) a esta afección tan solo ocurre en el 5% de estos pacientes¹, tratándose de una combinación excepcional.

Caso clínico

Presentamos un caso de un neonato de 24h de vida y 3,2kg de peso, con microtia unilateral izquierda (fig. 1), ureterocele bilateral y atresia esofágica con fístula traqueoesofágica (FTE) distal. Se decidió una intervención quirúrgica urgente para la reparación de la AE y fístula asociada. En la exploración de la vía aérea se encontró una discreta micrognatia y dificultad en la apertura bucal. Como pruebas complementarias preoperatorias se realizaron una radiografía de tórax con sonda nasogástrica que confirmó el diagnóstico (fig. 2), hemograma, bioquímica y estudio de coagulación, ecocardiografía transtorácica y electrocardiograma sin hallar alteraciones.

En el quirófano se monitorizó con presión arterial no invasiva, pulsioximetría (SpO₂) y electrocardiograma. Bajo sedación con sevoflurano al 2% se administraron a través de un acceso venoso por catéter epicutáneo 0,1 mg de atropina i.v. para reducir las secreciones orofaríngeas y 10 µg de fentanilo. Con el paciente en ventilación espontánea se introdujo por boca el fibrobroncoscopio hasta encontrar la apertura glótica introduciendo un tubo rígido de 3,5 mm de diámetro, siendo posicionado distal a la FTE y cercano a la carina principal. Se confirmó la correcta colocación de tubo endotraqueal (TET) mediante capnografía y auscultación pulmonar, iniciándose una ventilación mecánica controlada



Figura 1 Paciente con síndrome de Goldenhar que presenta microtia unilateral izquierda.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749810>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749810>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)