



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Uso de máscara laríngea en un lactante con estenosis subglótica. Reporte de caso y revisión de la literatura

John Jairo Páez L.^a y José Ricardo Navarro-Vargas^{b,*}

^a Estudiante de Tercer año de Posgrado de Anestesiología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^b Profesor Asociado de Anestesiología y Reanimación, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de julio de 2012

Aceptado el 14 de febrero de 2013

On-line el 12 de abril de 2013

Palabras clave:

Manejo de la vía aérea

Anestesia general

Recién nacido

Fístula

R E S U M E N

La máscara laríngea se ha convertido en una alternativa para el manejo de la vía aérea en el paciente pediátrico. Se presenta un caso clínico de un lactante con asociación VACTER que requiere anestesia para cierre de fístula traqueoesofágica y anastomosis esofágica, el cual no se logra intubar y es manejado exitosamente con una máscara laríngea.

El uso de la máscara laríngea es una opción en el manejo de la vía aérea de neonatos y lactantes con malformaciones craneofaciales como manejo único, o como adyuvante para la intubación traqueal, y también en neonatos con vía aérea normal para cirugías complejas, incluso cirugía cardíaca. La evidencia apunta hacia el uso de dispositivos de segunda generación que permiten un mejor sello de la vía aérea y la succión de la vía digestiva (Proseal® o Supreme®). Es también un dispositivo alternativo durante la reanimación neonatal en pacientes más de 2.000 g que no se pueden manejar adecuadamente con máscara facial y no pueden ser intubados.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

The use of laryngeal mask in an infant with subglottic stenosis — Case report and literature review

A B S T R A C T

The laryngeal mask has become an alternative to manage the pediatric airway. This is a clinical case of an infant with VACTERL association requiring anesthesia for tracheoesophageal fistula closure and esophageal anastomosis; the infant was successfully managed with laryngeal mask upon failed intubation.

The use of the laryngeal mask is an option for the management of the airway in neonates and infants with craniofacial malformations, either alone or as an adjuvant for tracheal intubation and also in neonates with normal airway for complex surgeries, including heart surgery. The evidence points to the use of second-generation devices that allow for an improved airway seal and suction of the GI tract (Proseal® or Supreme®). It is also an alternate device during neonatal resuscitation in patients over 2000 g that cannot be properly managed with a face mask or intubated.

© 2012 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Airway Management

Anesthesia, General

Infant, Newborn

Fistula

* Autor para correspondencia: Calle 42 22-29 Bogotá D.C., Colombia.

Correo electrónico: jrnavarrovargas@hotmail.com (J.R. Navarro-Vargas).

Caso clínico

Paciente masculino con antecedente de premadurez y sospecha de asociación VACTER: comunicación interauricular, atresia esofágica con fístula traqueoesofágica distal, ano imperforado.

Nació por cesárea a las 28 semanas por parto pre-término el 17 de septiembre de 2011. Peso al nacer de 1.100 g, Apgar de 6-8-8, adaptación neonatal inducida, intubación traqueal por dificultad respiratoria. Se hospitalizó en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) para manejo integral. A los 2 días de vida fue llevado a realización de colostomía. Continuó hospitalizado en la UCIN con requerimiento de ventilación mecánica, aplicación de surfactante y soporte inotrópico con dobutamina. A los 37 días de nacido fue llevado a cierre de fístula traqueoesofágica más anastomosis de esófago por toracotomía. Dos días después presentó deterioro clínico con signos de respuesta inflamatoria y requerimiento de soporte inotrópico; la radiografía de tórax era compatible con derrame pleural derecho y neumotórax. Fue llevado nuevamente a cirugía, donde encontraron dehiscencia de la anastomosis esofágica además de cabos cortos, por lo que no se pudo realizar nueva anastomosis. Se decidió realizar esofagectomía cervical con cierre de cabo distal, gastrostomía y colocación de tubo de tórax derecho. El paciente continuó tratamiento en la unidad de cuidados intensivos con adecuada evolución clínica, ganancia de peso y disminución progresiva hasta suspensión del soporte inotrópico. Se logró extubar luego de 3 meses de ventilación mecánica, aunque persistió con requerimiento de oxígeno suplementario y episodios de sibilancias.

El 18 de enero fue valorado por anestesiología para el cierre de la esofagostomía y reanastomosis esofágica. Edad 4 meses, edad gestacional corregida 46 semanas, peso de 4.000 g, hospitalizado en cuidados neonatales básicos, alimentación por gastrostomía. Tratamiento con enalapril, espironolactona, beclometasona, salbutamol y oxígeno por cánula nasal. Con buen aspecto, activo, reactivo, con dificultad respiratoria leve, auscultación pulmonar con roncus ocasionales, ruidos cardiacos con soplo sistólico en focos de la base, con gastrostomía y colostomía funcionante. Cuadro hemático con anemia leve y ecocardiograma con adecuada función biventricular, comunicación interauricular sin repercusión hemodinámica e hipertensión pulmonar leve. Se autorizó procedimiento quirúrgico y se clasificó como estado físico ASA 3; se reservó cama en la unidad de cuidados intensivos y 15 cc/kg de glóbulos rojos empacados.

En la valoración preanestésica se pasó por alto la revisión de las placas de tórax recientes del paciente, que hubieran servido para evaluar la imagen de la vía aérea. En el IMI no se contaba hasta esta fecha con fibrolaringoscopia ni con máscaras laríngeas de segunda generación para neonatos.

El 20 de enero fue llevado a cirugía, ingresó a salas de cirugía con oxígeno suplementario, se colocó en cuna de calor radiante y se monitorizó. Signos vitales iniciales: frecuencia cardiaca 147 latidos/min, frecuencia respiratoria 27 respiraciones/min, presión arterial 95/47 mmHg y saturación arterial de oxígeno 91%. Se realizó inducción inhalatoria

con sevoflurano y se canalizó la vena periférica del miembro superior derecho con catéter intravenoso número 22. A la inducción inhalatoria con sevoflurano se adicionaron 15 mg de propofol (4 mg/kg), 15 µg de remifentanilo (4 µg/kg) y 2 mg de rocuronio (0,5 mg/kg). Ventilación fácil con máscara facial. Se realizó laringoscopia directa con hoja recta #1, visualizándose adecuadamente la glotis, se intentó pasar tubo #4,0 sin neumotaponador sin lograr avance más allá de las cuerdas vocales; se realizaron intentos adicionales con tubos #3,5, 3,0 y 2,5, sin lograr intubar la tráquea. Entre los diferentes intentos el paciente fue ventilado con máscara facial, manteniendo la saturación de oxígeno siempre por encima del 90%. Se solicitó asistencia a otro anestesiólogo, pero no fue posible intubar al paciente. En las placas de tórax (fig. 1) se observaba una obstrucción subglótica severa, por lo cual se decidió colocar una máscara laríngea #1,0 (fig. 2), lográndose un adecuado sello de la vía aérea (mediante la valoración clínica de la ventilación manual) con ventilación simétrica y capnografía positiva. Se pasó a ventilación mecánica controlada por presión con presión inspiratoria máxima de 18 cmH₂O, frecuencia respiratoria de 18 respiraciones/min, relación inspiración espiración de 1:2. Se colocó analgesia caudal y se inició cirugía. Durante el procedimiento se mantuvo la saturación de oxígeno y el CO₂ espirado dentro de lo normal: 96% y 34 mmHg, respectivamente (fig. 3). Duración total de la cirugía: 2,5 h, sin complicaciones. El paciente fue trasladado a la UCIN con la máscara laríngea y con respiración espontánea. Se entregó en la UCIN estable, sin dificultad respiratoria y con adecuada oxigenación (96%); 10 min después le retiraron la máscara laríngea y le pusieron nuevamente cánula nasal. El paciente evolucionó satisfactoriamente,

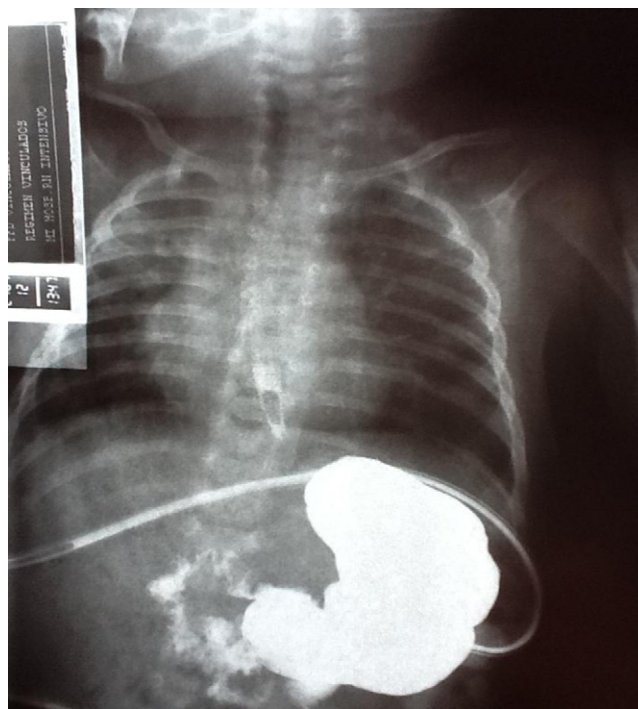


Figura 1 – Radiografía de tórax con medio de contraste por gastrostomía. Fístula traqueoesofágica y obstrucción subglótica de la vía aérea.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767641>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767641>

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