



# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



### Reporte de caso

## Intubación nasotraqueal con laringoscopio óptico Airtraq® en 2 casos de braquiterapia oral



Miguel Castañeda Pascual<sup>a,b,\*</sup>, Eva Turumbay Ramírez<sup>a</sup>, Alejandro Bilbao Ares<sup>a</sup>, Juan P. Jimeno García<sup>a</sup>, Mikel Batllori Gastón<sup>a</sup> y Esther Hijosa Basarte<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

<sup>b</sup> Revisor de Revista Española de Anestesiología y Reanimación (REDAR) y de la Revista Colombiana de Anestesiología (RCA)

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 31 de julio de 2014

Aceptado el 30 de diciembre de 2014

On-line el 25 de febrero de 2015

##### Palabras clave:

Intubación  
Intratraqueal  
Braquiterapia  
Manejo de la vía aérea  
Dispositivos ópticos  
Cirugía bucal

##### Keywords:

Intubation  
Intratracheal  
Brachytherapy

#### R E S U M E N

La intubación nasotraqueal suele ser el abordaje electivo de la vía aérea en cirugías orales y maxilofaciales, permitiendo así un campo quirúrgico libre. Se trata de una técnica de intubación poco habitual con alto índice de éxito. Sin embargo, no está exenta de dificultades y complicaciones en ciertos grupos de pacientes, como aquellos con tumoraciones orales, faciales o cervicales.

El laringoscopio Airtraq® (Prodol Meditec, Vizcaya, España) es un dispositivo óptico que facilita la intubación traqueal mediante la visualización indirecta de las cuerdas vocales, sin necesidad de conseguir la alineación de los ejes oral, faríngeo y laríngeo. Ha demostrado su utilidad en diferentes escenarios de vía aérea difícil (VAD). Existe una versión del mismo diseñada para asistir en la técnica de intubación nasal.

Presentamos 2 casos de tratamiento con braquiterapia oral, catalogados de VAD, cuya intubación nasotraqueal en paciente despierto fue realizada de forma exitosa mediante el laringoscopio óptico Airtraq.

© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

#### Awake nasotracheal intubation with Airtraq® optical laryngoscope in two cases of oral brachytherapy

#### A B S T R A C T

Nasotracheal intubation is usually the selected airway approach for oral and maxillofacial surgery to enable a free surgical field. It is an unusual intubation technique with a high success rate. However, it is not free from difficulties and complications in certain groups of patients, like those with oral, facial or cervical tumors.

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcae.2015.01.002>.

\* Autor para correspondencia. Calle Irunlarrea, 3. 31008 Pamplona (Navarra), España.

Correo electrónico: [mcastapas@hotmail.com](mailto:mcastapas@hotmail.com) (M. Castañeda Pascual).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.12.003>

0120-3347/© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Airway management  
Optical Devices  
Oral surgery

The Airtraq® laryngoscope (Prodol Meditec, Vizcaya, Spain) is an optical device that facilitates tracheal intubation through the indirect visualization of the vocal cords, avoiding the need to align the oral, pharyngeal and laryngeal axis. It has shown to be useful in various difficult airway (DA) scenarios. There is a version of the device to assist with the nasal intubation technique.

Two oral brachytherapy treatment cases classified as DA are discussed; the nasotracheal intubation of the patient awake was successful using the Airtraq optical laryngoscope.

© 2015 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El tratamiento de las neoplasias orales comprende distintos abordajes terapéuticos. En los últimos años se han desarrollado técnicas de braquiterapia que, mediante la radiación localizada con regímenes de alta tasa de dosis, han logrado excelentes índices de remisión local, minimizando los efectos adversos derivados de un tratamiento más extenso.

La intubación nasal suele ser el manejo electivo de la vía aérea en cirugías orales y maxilofaciales. Se trata de una técnica de intubación menos frecuente, con alto índice de éxito, que no está exenta de dificultades y complicaciones en ciertos grupos de pacientes, como aquellos con procesos oncológicos en la región oral, maxilofacial o cervical o con tratamiento radioterápico previo sobre dichas zonas.

Los nuevos dispositivos ópticos para el manejo de la vía aérea van ampliando progresivamente sus indicaciones en distintos escenarios de vía aérea difícil (VAD), tanto prevista como imprevista. Aun así, son dispositivos relativamente poco empleados para la intubación nasal.

## Casos

### Caso 1

Varón de 70 años, bebedor de más de 100 g de alcohol al día, diagnosticado de recidiva de neoplasia de lengua. Hace 4 años, y con el diagnóstico de carcinoma epidermoide lingual, fue intervenido (hemiglosectomía izquierda) sin tratamiento adyuvante. El paciente presentó una recidiva que afectaba al remanente lingual, llegando al suelo de la boca. Fue tratado con radioterapia externa y posteriormente se indica braquiterapia intersticial con un esquema de 16 Gy en 4 fracciones.

Exploración de la vía aérea: Mallampati III, apertura bucal de 3 cm, obesidad (IMC: 33 kg/m<sup>2</sup>), roncadador, distancia tiromentoniana (DTM) > 6 cm, distancia esternomentoniana (DEM) > 12 cm, test de la mordida del labio superior (TMLS) III, cuello radiado. Membrana cricotiroides de difícil palpación.

Se decide intubación nasotraqueal en paciente despierto con laringoscopia Airtraq® (Prodol Meditec, Vizcaya, España). En caso de fracaso, el plan alternativo era la intubación con videoscopia aScope-2 (Ambu A/S, Ballerup, Denmark) en paciente despierto mediante abordaje nasal. La anestesia de la vía aérea superior se realiza mediante la colocación en ambas narinas de lentinas empapadas con tetracaína al 1%

con vasoconstrictor (adrenalina 1:10.000) 3 cc en cada narina, pulverizaciones en base de lengua de lidocaína 2% (hasta 5 cc) mediante el atomizador MADgic (LMA Inc, San Diego, CA, EE. UU.) y nebulización de lidocaína al 4%. El paciente fue sedado con midazolam intravenoso (2 mg) y remifentanilo en perfusión continua (0,1 µg·kg<sup>-1</sup>·min<sup>-1</sup>).

Tras comprobar una buena tolerancia a la introducción oral del Airtraq, se insertó por la narina derecha un tubo nasal de PVC preformado de 6,5 mm de diámetro interno (DI) (Portex-Smiths Medical, St.Paul, MN, EE. UU.) que fue avanzado hasta ser visualizado por el dispositivo óptico. Fue guiado sin incidencias hasta la región glótica. Una vez el tubo pasó a la luz traqueal, el paciente presentó un fuerte episodio de tos que imposibilitó la visión con Airtraq, sin llegar a desplazar el tubo endotraqueal (TET) fuera de su posición intratraqueal. Se comprobó la correcta salida de CO<sub>2</sub> espirado y se indujo anestesia general.

### Caso 2

Varón de 69 años, fumador de 30 cigarrillos/día, con recidiva de carcinoma epidermoide en suelo de boca. Había sido tratado 27 años atrás con quimioterapia, consiguiéndose una remisión completa del cuadro. Tras la presente recidiva, fue intervenido (resección de la lesión en suelo de boca + vaciamiento ganglionar supraomohioideo izquierdo) y siguió un régimen de radioterapia externa adyuvante. Posteriormente se programó para completar el tratamiento con braquiterapia de alta tasa de dosis (6 fracciones de 3 Gy).

La exploración de la vía aérea arrojó los siguientes datos: Mallampati III, DTM > 6 cm, DEM > 12 cm, TMLS III, apertura bucal de 3 cm y correcta extensión cervical. Cuello radiado y con cicatriz quirúrgica en región cervical y mentoniana izquierda. Se palpa membrana cricotiroides.

Debido a sus antecedentes y a los requerimientos quirúrgicos, se decide intubación en paciente despierto mediante abordaje nasal. El paciente fue sedado siguiendo el mismo esquema que el caso anterior. Tras preparar ambas narinas con una mezcla de anestésico local y vasoconstrictor, y anestesiar igualmente la base de lengua, oro e hipofaringe, se introdujo un TET de Fastrach (LMA Inc, San Diego, CA, EE. UU.) desechable por la narina derecha, que fue guiado sin problemas mediante la introducción oral de un laringoscopia óptico Airtraq para intubación nasal hasta situarlo frente a la escotadura interarritenoidea. Mediante el atomizador laríngeo MADgic, y bajo la visión proporcionada por Airtraq, se

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767838>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767838>

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