



ELSEVIER

# Revista Colombiana de Anestesiología

## Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



### Reporte de caso

## Perforación faríngea durante procedimiento endoscópico terapéutico. Informe de caso

Humberto Fernández-Ramos<sup>a,\*</sup>, Edid Fabián González-Guzmán<sup>a</sup>,  
Heilén María Ramos-Montero<sup>b</sup>, Diego Armando Gualy-Cuchimba<sup>b</sup>  
y Víctor Humberto Guerrero-Legro<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médico, especialista en Anestesiología y Reanimación, ESE, Hospital Departamental San Antonio de Pitalito, Huila, Colombia

<sup>b</sup> Médico, especialista en Anestesiología y Reanimación, ESE, Hospital Departamental San Antonio de Padua, Huila, Colombia

#### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

##### Historia del artículo:

Recibido el 13 de agosto de 2015

Aceptado el 1 de abril de 2016

On-line el xxx

##### Palabras clave:

Enfisema subcutáneo  
Endoscopia  
Manejo de la vía aérea  
Intubación  
Faringe

##### Keywords:

Subcutaneous emphysema  
Endoscopy  
Airway management  
Intubation  
Pharynx

#### R E S U M E N

La faringe es un conducto músculo membranoso que es común a las vías respiratorias superiores y a la parte inicial del aparato digestivo, por lo que los procedimientos endoscópicos-terapéuticos requieren de la competencia del anestesiólogo, para la permeabilización y control de la vía respiratoria una vez que los reflejos protectores queden ausentes al inducirse la anestesia general, y de esta manera evitar el paso del contenido digestivo a la vía respiratoria inferior. Al mismo tiempo el endoscopista debe emplear una técnica cuidadosa que permita lograr el objetivo propuesto. Se expone un caso clínico que, posterior al procedimiento endoscópico-terapéutico fallido, presenta enfisema subcutáneo, que sugiere una perforación. Para determinar la topografía y el diagnóstico diferencial de la lesión se conduce a un análisis mediante la secuencia de signos clínico, los cuales ponen de manifiesto una perforación de la faringe posterior, que es confirmada mediante métodos imagenológicos y endoscópicos. Se propone un algoritmo para el diagnóstico diferencial entre una perforación intraglótica y extraglótica.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

### Pharyngeal perforation during therapeutic endoscopy procedure. Case report

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

The pharynx is a musculomembranous tube common to the upper respiratory tract and the initial segment of the GI tract. Any endoscopic therapeutic procedure requires the participation of a competent anesthetist to secure the patency and control of the airway, upon the induction of general anesthesia that blocks the protective reflexes and hence prevents the passage of the GI contents into the lower respiratory tract. The endoscopist is required to be cautious in the use of the technique to accomplish the objective.

\* Autor para correspondencia. Carrera 2 #4-45. Pitalito, Colombia.

Correo electrónico: [humberfdezr@gmail.com](mailto:humberfdezr@gmail.com) (H. Fernández-Ramos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.04.002>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

A clinical case of a failed endoscopic therapeutic procedure presenting subcutaneous emphysema, suggestive of a perforation is discussed. In order to define the topography and to make a differential diagnosis of the lesion, a clinical signs sequence is conducted that revealed a perforation of the posterior pharynx, then confirmed using endoscopic imaging. An algorithm is suggested to make the differential diagnosis between an intra and an extra-glottic perforation.

© 2016 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

La faringe es una estructura tubular de consistencia músculo membranosa que se sitúa en sentido vertical desde la base del cráneo hasta la sexta vértebra cervical. Este órgano es común a las vías respiratorias superiores y a la parte inicial del aparato digestivo. Está compuesta por 3 porciones o niveles: la rinofaringe (porción superior), la orofaringe (porción media) y la hipofaringe o laringofaringe (porción inferior)<sup>1,2</sup>. Interviene en las funciones respiratoria, deglutoria, fonatoria e inmunológica. Es el conducto por el cual pasa el aire desde las fosas nasales y la boca hasta la laringe, y también en el transporte de alimentos desde la orofaringe al esófago. Su estructura muscular desempeña un papel fundamental durante la deglución para propulsar el bolo alimentario a la vez que garantiza la protección de la vía aérea nasal y laríngea<sup>1-3</sup>. Mediante la intubación orotraqueal se puede aislar la vía aérea de la digestiva y de esta manera evitar que el contenido del tubo digestivo pase a la vía aérea inferior, en circunstancias especiales como urgencias, «estómago lleno» y anestesia general con pérdida de los reflejos protectores en pacientes en los que se desea realizar una intervención sobre las vías digestivas<sup>4</sup>.

Se reporta el caso de una paciente a la cual se le administró anestesia general balanceada mediante intubación orotraqueal para colecistopancreatografía retrógrada endoscópica, durante el procedimiento diagnóstico-terapéutico se produjo una lesión traumática de la pared posterior de la faringe, que ocasionó un enfisema subcutáneo. Se hace un análisis clínico sobre la secuencia de acontecimientos con el objetivo de determinar el diagnóstico etiológico, topográfico y diferencial de esta complicación.

## Reporte de caso

Paciente de 84 años, de sexo femenino, con el diagnóstico de pancreatitis e íctero obstructivo, la cual es valorada por el servicio de cirugía general y medicina interna, y es solicitado al servicio de gastroenterología la realización de colecistopancreatografía retrógrada endoscópica, con el fin de determinar la existencia de algún elemento obstructivo a nivel de las vías biliares extrahepáticas. Inicialmente, es valorada por el servicio de anestesiología para conducta perioperatoria, el cual detecta varias comorbilidades que sitúan a la paciente en una clasificación del estado físico 3 según la American Society Anesthesiologist (ASA-3). Los datos del preoperatorio muestran las siguientes alteraciones:

- Mucosas: ictericas.
- Hipertensión arterial descompensada: para lo cual se valora con medicina interna y se le administra tratamiento antihipertensivo con captopril 25 mg cada 12 h e hidroclorotiazida 25 mg diarios por vía oral, días previos al procedimiento hasta su total compensación.
- Medicamentos adicionales: colestiramina 4 g diarios por vía oral, ranitidina 50 mg cada 12 h por vía intravenosa (IV), dipirona compuesta 2 g más N-butilbromuro de hioscina 20 mg IV cada 12 h.
- Examen físico neurológico: consciente, obedece órdenes verbales, sin alteraciones sensitivas ni motoras.
- Alteraciones de las enzimas hepáticas: alanino-amino-transferasa-glutámico-pirúvica TGP, aspartato-amino-transferasa-glutámico-oxalacética TGO, fosfatasa alcalina, bilirrubina total y directa.
- Fosfatasa alcalina: 990(39 a 117 U/l), ALAT-TGP: 89 U/l (0-41U/l), ASAT-TGO: 72 U/l (0-38 U/l), bilirrubina total: 8 mg/dl (0-1 mg/dl), bilirrubina directa: 7,1 mg/dl (0-0,3 mg/dl).
- Alteraciones en las pruebas de función renal: creatinina elevada con posterior descenso y con nitrógeno ureico sanguíneo normal.
- Creatinina en suero inicial: 2,2 mg/dl (0,7-1,2 mg/dl).
- Creatinina evolutiva 2 día: 1,5 mg/dl.
- Cuadro hemático: anemia leve, recuento de leucocitos y plaquetas dentro de límites normales.
- Hemoglobina: 9,8 g/dl (12,5-18 g/dl).
- Hematocrito: 29% (36-54%).
- Proteína C reactiva: 96 mg/l (<1 mg/l) aumentada.

Se realizan otros exámenes que resultan sin alteraciones, entre ellos: electrocardiograma en reposo, radiografía de tórax, tiempos de protrombina y tromboplastina, gases arteriales, electrolitos, glucosa sanguínea y troponinas. Los predictores evaluados no mostraron dificultad en la vía aérea.

Debido al riesgo incrementado de morbimortalidad perioperatoria, se les explica a los familiares la posibilidad de no realizar el procedimiento invasivo, y tratar a la paciente de manera conservadora, pero insisten en que se realice el procedimiento a pesar de los riesgos y dan su consentimiento.

En la sala de cirugía, se procede a la monitorización en decúbito supino, se colocan electrodos para electrocardiografía en derivación DII, saturación parcial de oxígeno SpO<sub>2</sub>, presión arterial no invasiva TANI, capnometría y capnografía, se inicia perfusión de líquidos cristaloides por vena periférica según necesidades basales, pérdidas concurrentes y estado de ayuno. Signos vitales normales previos a la inducción de la anestesia, se realiza preoxigenación por máscara facial, obteniéndose una SpO<sub>2</sub> del 100%, se procede a realizar

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621779>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621779>

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