



ELSEVIER

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Control de la vía aérea en pacientes con traumatismo sobre columna cervical y clínica neurológica. Informe de casos

Alejandro Bilbao Ares^{a,*}, Miguel Castañeda Pascual^a, Beatriz Merino Sierra^b,
Juan Pablo Jimeno García^a, Marta Patricia Martín Vizcaíno^a y Miguel Salvador Bravo^a

^a Servicio de Anestesia y Reanimación, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital Reina Sofía, Tudela, Navarra, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de agosto de 2015

Aceptado el 19 de julio de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Manejo de la vía aérea

Columna vertebral

Heridas y traumatismos

Intubación

Broncoscopia

R E S U M E N

Los pacientes con lesiones traumáticas de la columna cervical que se someten a un control quirúrgico de las mismas suponen un gran reto para el anestesiólogo. El manejo de la vía aérea conlleva de forma inherente movimientos de la columna cervical que podrían agravar la lesión preexistente. Actualmente no existe un claro consenso en la técnica de intubación de estos pacientes.

Presentamos a 3 pacientes con lesiones traumáticas de columna cervical y clínica neurológica asociada en los que se indicó cirugía. En todos ellos se realizó una intubación asistida con fibrobroncoscopio con el paciente despierto y sin retirar el collarín cervical. Todos los pacientes fueron nuevamente explorados tras la intubación sin evidenciarse en ninguno de ellos agravamiento de sus síntomas neurológicos. Podemos concluir que la intubación asistida con fibrobroncoscopio presenta varias ventajas en el cuidado de estos pacientes.

© 2016 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 in patients with cervical spine trauma and neurological symptoms. Case reports

A B S T R A C T

Patients with traumatic injuries of the cervical spine who undergo a surgical intervention are a great challenge to the anesthesiologist. The airway management inherently involves movements of the cervical spine that may aggravate pre-existing injury. Currently there is not a consensus for the technique of intubation of these patients.

We present three patients with traumatic injuries associated neurological symptoms and cervical spine. All intubations were assisted with fiber bronchoscope, without removing the cervical collar and patients remained awake. All patients were examined again after

Keywords:

Airway Management

Spine

Wounds and Injuries

Intubation

Bronchoscopy

* Autor para correspondencia. Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario de Navarra, Irunlarrea 3. 31008, Pamplona, Navarra, España.

Correo electrónico: abilbaoo@navarra.es (A. Bilbao Ares).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.07.005>

0120-3347/© 2016 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/>).

intubation with no evidence of worsening of their neurological symptoms. We can conclude that the fiberoptic assisted intubation has several advantages in the care of these patients.

© 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

Las lesiones traumáticas de la columna cervical constituyen un importante problema de salud debido a sus potenciales consecuencias sobre los pacientes y la sociedad. Un 5-10% de los pacientes atendidos en Urgencias tras traumatismos con pérdida de consciencia presentan una lesión cervical compleja¹.

Los pacientes con lesiones traumáticas de la columna cervical que se someten a un control quirúrgico de las mismas suponen un gran reto para el anestesiólogo. El manejo de la vía aérea conlleva de forma inherente movimientos de la columna cervical que podrían agravar la lesión preexistente².

A continuación, presentamos a 3 pacientes con lesiones traumáticas de columna cervical y clínica neurológica asociada. Describimos su manejo anestésico centrándonos en el control de su vía aérea y los discutimos revisando la literatura reciente.

Caso 1

Mujer caucásica de 44 años, sin antecedentes, que sufrió una caída y fue inmovilizada con collarín cervical semirrígido. En la exploración se comprobó una tetraparesia, sin otras lesiones aparentes. La tomografía computarizada (TC) de columna cervical evidenció una luxación de C5 sobre C6 (fig. 1). Se decidió fijación quirúrgica, por lo que explicamos y obtuvimos el consentimiento de la paciente para la técnica anestésica. A las 3 h del ingreso, en quirófano, tras monitorización básica, iniciamos perfusión de remifentanilo a 0,05 $\mu\text{g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$. Mantuvimos el collarín cervical e iniciamos oxigenoterapia a través de gafas nasales con capnografía. Administramos anestesia tópica con aerosol de lidocaína al 10% en la cavidad oral y la faringe, animando a la paciente a realizar gárgaras con la solución y aspirándola intermitentemente con una sonda flexible. A los 15 min confirmamos la anestesia de la zona introduciendo de forma progresiva una cánula oral específica para intubación con fibrobroncoscopio. A través de la cánula introdujimos un fibrobroncoscopio flexible, con un tubo orotraqueal (TOT) anillado de 7,5 mm de diámetro interno previamente insertado. Una vez visualizada la glotis, administramos 3 ml de lidocaína al 2% a través de un catéter flexible uniperforado introducido en el canal de trabajo del fibrobroncoscopio. A continuación, avanzamos el catéter a la tráquea y administramos otros 3 ml de lidocaína. La paciente presentó una mínima tos refleja autolimitada e introdujimos el fibroscopio hasta objetivar la carina. Posteriormente, progresamos el TOT rotándolo 90° coincidiendo con una inspiración espontánea profunda de la paciente. La maniobra se realizó sin dificultad. Tras comprobar la posición del TOT con capnografía, realizamos una nueva exploración neurológica que



Figura 1 – Reconstrucción sagital de la TC de columna cervical de caso 1. Luxación C5-6 (flecha).

Fuente: autores.

descartó un agravamiento de la sintomatología e indujimos anestesia con propofol y rocuronio. Se llevó a cabo una artrodesis anterior sin incidencias y la paciente se recuperó sin secuelas.

Caso 2

Varón de 73 años de raza blanca, con antecedentes de hipertensión tratada con enalapril y múltiples caídas por síncope de repetición. Fue traído al hospital por nueva caída, sin clínica neurológica, pero se diagnosticó por TC fractura del arco posterior de C6 no desplazada. Fue dado de alta con tratamiento conservador. A los 3 días presentó otra caída y fue traído de nuevo, esta vez presentaba una tetraplejía con un nivel neurológico de T4. Se realizó una resonancia magnética nuclear (RM) urgente que evidenció una herniación traumática de disco C5-6, con contusión medular asociada (fig. 2). Ingresó en la unidad de cuidados intensivos donde, debido a una capacidad ventilatoria subóptima, se decidió iniciar ventilación mecánica con intubación orotraqueal. Tras la obtención del consentimiento

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621799>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621799>

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