

**CLINICA CENTRAL CIRA GARCÍA**  
**SERVICIO ANESTESIOLOGÍA-REANIMACIÓN**

# **INTUBACIÓN OROTRAQUEAL ATÍPICA**

## **A PROPÓSITO DE UN CASO**

**AUTORES:** Dra Marina Beatriz Vallongo Menéndez\*, Dr. Lucas Cordoví de Armas\*, Dr. Jesús Burgué\*\*, Dr. Efraín Ung Lao\*\*, Dra. Marietta de la Barrera\*\*\*, Dra. Idoris Cordero Escobar\*\*\*\*.

\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor.

\*\* Especialista de Primer Grado en Cirugía Reconstructiva y Quemados.

\*\*\* Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.

\*\*\*\* Especialista de Segundo Grado en Anestesiología y Reanimación. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Auxiliar.

## INTRODUCCIÓN

La anestesia general está íntimamente vinculada con el abordaje de la vía aérea superior y con la ventilación pulmonar artificial, como requisito indispensable de ciertas técnicas quirúrgicas modernas<sup>1</sup>. Aunque la intubación de la tráquea es un proceder frecuente, en el que el personal especializado adquiere destreza, no es inusual que el anesthesiólogo se encuentre frente a una vía respiratoria anatómicamente compleja, en cuyo caso los riesgos de complicaciones graves aumentan considerablemente debido al peligro de hipoxia<sup>1,2</sup>.

Es por ello que se han buscado signos de fácil y rápida identificación durante el examen físico que permiten al especialista predecir una posible intubación difícil.

En los pacientes en que se sospecha o se han confirmado dificultades con la vía respiratoria se emplean distintas técnicas para lograr con éxito la instrumentación de la misma.

Sin embargo, dentro de la práctica diaria, a veces se presentan casos en los que es necesario recurrir a variantes no descritas para lograr la intubación de la tráquea, como es el caso que a continuación describiremos. Es por ello que realizamos el presente trabajo con el objetivo de mostrar la vía de abordaje de la traquea en una paciente con pérdida parcial de la hemicara derecha.

## PACIENTE Y MÉTODO

Paciente femenina, de 49 años de edad con antecedentes de salud hasta el año 1996 en que se diagnosticó un adenocarcinoma del seno maxilar derecho. Se practicó maxilectomía,



**Figura 1**

enucleación ipsolaterales y posteriormente

radioterapia. Los resultados del tratamiento oncológico, como puede observarse en la figura 1, se consideraron satisfactorios pero desde el punto de vista cosmético generaron en la paciente un profundo nivel de insatisfacción debido a que quedaron como secuelas una marcada asimetría facial, ausencia del ojo derecho y una invaginación parcial de la piel hasta un borde cutáneo-mucoso con exposición de la mucosa que tapiza una cavidad común orbito-naso-buco-faríngea. Esta cavidad se abre al exterior en una amplia abertura que se extiende desde el borde de la ceja hasta el surco nasogeniano en sentido vertical y transversalmente desde el ala de la nariz hasta el arco cigomático.

El impacto psicológico provocado por estas mutilaciones fue la causa de su búsqueda de atención por los servicios de Cirugía Reconstructiva. Se anunció para intervención electiva con el propósito de obtener un colgajo rotado de partes blandas a partir del músculo temporal con el fin de rellenar la cavidad previamente descrita y cubrirlo con un injerto libre de piel a partir de la región inguinal izquierda.

Durante la consulta preoperatoria se detecta una apertura bucal muy limitada por lo que se previó una intubación difícil de la tráquea.

En el quirófano, después de medicación preanestésica con midazolam 2 mg más atropina 0.5 mg, ambos por vía intravenosa, se estableció una monitorización no invasiva consistente en oximetría de pulso, electrocardiograma continuo en derivación V5 y presiones arteriales sistólica, diastólica y media. Una infusión de propofol mediante un diprifusor programado para alcanzar concentraciones plasmáticas de 4 g/ml (en busca de niveles de hipnosis), permitió efectuar un primer intento de laringoscopia que resultó frustrado debido a la mencionada imposibilidad de apertura bucal.

En todo momento se garantizó saturación de la hemoglobina por encima del 95%.

Empleando la apertura patológica, secuela de la intervención ablativa se introdujo la espátula de Macintosh ( figura 3) y se logró una óptima movilización de la lengua y exposición directa de las

Estructuras laríngeas con la colocación exitosa de una sonda endotraqueal no colapsable de diámetro interior 7.5 mm

La zona quirúrgica quedó libre al hacer salir en sentido retrógrado el extremo proximal de la sonda endotraqueal a través de la angosta apertura bucal.



**Figura 2**



**Figura 3**

Después de comprobada una adecuada ventilación pulmonar se prosiguió a la profundización de la anestesia con la administración de atracurio a 0.3 mg por kg de peso y ketamina en infusión continua a razón de 0.2 mg por kg de peso por hora. La infusión de propofol no se modificó hasta que se obtuvo un nivel anestésico estable. Dos horas quince minutos después concluyó la operación y la enferma se extubó sin eventos.

La paciente no refirió ningún recuerdo relacionado con las maniobras de inducción de la anestesia y establecimiento de la ventilación artificial.

## DISCUSIÓN

Para enfrentar una vía respiratoria anatómicamente difícil se han publicado en las dos últimas décadas numerosos artículos tanto para analizar todas las variantes de alteraciones (provocadas por defecto del desarrollo, adquiridas a causa de entidades nosológicas y secundarias a traumas) como para proponer alternativas de técnicas e instrumentales que hagan posible la ventilación pulmonar artificial con un mínimo de morbilidad asociada a estas maniobras.

En el primer grupo podemos mencionar la clasificación de Mallampati (que pretende establecer una correlación entre el tamaño de la lengua y la visibilidad del paladar blando, los pilares palatinos y la orofaringe con la dificultad ulterior para la realización de la laringoscopia directa) <sup>(1,2)</sup> la distancia tiro-mentoniana no menor de 6 cm <sup>(1,3,4)</sup> la longitud de la mandíbula no menor de 9 cm <sup>(4)</sup>, la anteposición de la mandíbula sobre el maxilar 1, la movilidad de la articulación atlanto-occipital <sup>(1,4)</sup> y de la articulación temporo-mandibular<sup>1</sup> y el tamaño y estado de salud de los dientes anteriores <sup>(1)</sup>.

En el segundo grupo se encuentran la "intubación con el paciente despierto" <sup>(1,4,6)</sup> a intubación nasal a ciegas <sup>(1,4)</sup>, el estilete como conductor dentro del tubo convencional <sup>(1,3,4)</sup>, la intubación retrógrada <sup>(1,3)</sup> la máscara laríngea <sup>(1,3,4-6)</sup>, el combitube <sup>(3)</sup>, la laringoscopia por fibra óptica <sup>(1,3,4-6)</sup>, la criocotiroidotomía y la traqueostomía <sup>(1,3,5-6)</sup> por mencionar las más importantes.

Sin embargo, es de prever que, eventualmente es posible enfrentarse a situaciones sin precedentes expresos en la literatura. Las alteraciones de la

articulación temporo-mandibular que impiden una apertura de la boca y la introducción de la espátula del laringoscopio <sup>(1,6)</sup> es una eventualidad bien conocida y para la cual se han recomendado la intubación nasotraqueal a ciegas con el enfermo en respiración espontánea, una fibroscopía con utilización también de la vía nasal o una traqueotomía<sup>1</sup>. En los primeros dos casos se sobreañadiría el riesgo conocido de contaminación de las vías respiratorias inferiores por arrastre de gérmenes desde la cavidad nasal. La traqueostomía, por otro lado, ofrece una relación riesgo-beneficio posiblemente desventajosa para un caso como el que nos ocupa. La intubación nasotraqueal en esta enferma con cualquier técnica, incrementaría el riesgo de trauma de la mucosa y hemorragia debido al desarrollo de tejidos de granulación, retráctiles y friables, por lo que consideramos de carácter novedoso el aprovechamiento de una apertura lateral de la cavidad bucal para establecer una vía aérea artificial mediante laringoscopia directa (que constituye el método más rápido, con mejores resultados y menos riesgos en la colocación de un tubo endotraqueal)<sup>8</sup> cuyo resultado final exitoso no se hizo esperar.

Nosotros concluimos que la vía aérea difícil continúa preocupando a los anestesiólogos. El uso de técnicas o vías no convencionales pueden ser empleadas satisfactoriamente con este fin.

## BIBLIOGRAFIA

1. Mallampati SR, Airway Management. En: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Clinical Anesthesia. 3ra Edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1997:573-94.
2. Mallampati SR, Gatt SP, Gugino LD, et al: A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: A prospective study. Can Anaesth Soc J 1985; 32:429-35
3. Simpson PJ, Popat M, Understanding Anaesthesia. 4ta Edición. Butterworth Heinemann. 2002:173-97
4. McCoy D, Cunningham AJ, Patients with a difficult airway. En: McGoldrick KE,(ed). Ambulatory Anesthesiology. A problem-oriented approach. Philadelphia:Williams & Wilkins. 1995: 90-110
5. Foley LJ , Bridges to establish an emergency airway and alternate intubating techniques. Crit Care Clin 2000; 16(3): 429-44
6. Rodricks MB, Emergent airway management. Indications and methods in the face of confounding conditions. - Crit Care Clin 2000; 16(3): 389-409
7. Tse JC, Rimm EB, Hussain A: Predicting difficult endotracheal intubation in surgical patients scheduled for general anesthesia: A prospective blind study. Anesth Analg 1995; 81: 254-8
8. Levitan R, Ochroch EA, Airway Management and Direct Laryngoscopy .A Review and Update . Crit Care Clin 2000; 16(3):400-04