

Contradicción anestesiológica en una gestante con adenoma pleomórfico y alergia a los anestésicos locales

Anesthesiological contradiction in a pregnant woman with pleomorphic adenoma and allergy to local anesthetics

Amy Torres Montes de Oca^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4940-2049>

Hugo Puente Téllez¹ <https://orcid.org/0000-0003-3564-9603>

Beatriz Ramírez López¹ <https://orcid.org/0000-0001-6773-6387>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Hospital General Docente “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso”. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. camy7969m@yahoo.com

RESUMEN

Introducción: El adenoma del paladar blando es frecuente en mujeres, aunado a los cambios fisiológicos que suceden durante el embarazo, es de presumir que la gestante puede presentar una vía aérea difícil.

Objetivo: Describir el abordaje de la vía aérea en una gestante con adenoma del paladar blando.

Presentación del caso: Se trata de una gestante de 20 años de edad con antecedentes patológicos personales de asma bronquial, alergia a los anestésicos locales, que presenta un adenoma en el paladar blando que impide ver la estructura de la orofaringe, Mallampatti IV, anunciada para procedimiento quirúrgico de urgencia para realizarle cesárea segmentaria anterior.

Conclusiones: La embarazada presenta mayor incidencia de vía aérea difícil comparado con la población general, debido a los cambios fisiológicos que presenta en este periodo, si a ello se le adiciona la presencia de un tumor oro faríngeo que imposibilita la manipulación de la vía aérea, la evaluación preoperatoria y trazar una estrategia multidisciplinaria, constituyen los pilares para evitar complicaciones potencialmente fatales.

Palabras clave: vía aérea difícil; adenoma pleomórfico; gestantes; anesthesiólogo.

ABSTRACT

Introduction: Adenoma of soft palate is frequent in women, together with the physiological changes that occur during pregnancy. The pregnant woman is to be presumed to have a difficult airway.

Objective: To describe the airway management in a pregnant woman with adenoma of soft palate.

Case presentation: This is a 20-year-old pregnant woman (Mallampati IV) with a personal pathological history of bronchial asthma and allergy to local anesthetics, who presents an adenoma of soft palate that avoids seeing the oropharynx structure, announced for emergency surgical procedure for an anterior segmental cesarean section.

Conclusions: The pregnant woman has a higher incidence of difficult airway compared to the general population, due to the physiological changes that she presents in this period. If, apart from this situation, the presence is considered of an oropharyngeal tumor that makes it impossible to manipulate the airway, preoperative assessment and tracing a multidisciplinary strategy are the pillars to avoid potentially fatal complications.

Keywords: difficult airway; pleomorphic adenoma; pregnant women; anesthesiologist.

Recibido: 04/04/2020

Aprobado: 08/05/2020

Introducción

El adenoma del paladar blando, llamado también como adenoma pleomórfico de las glándulas salivares menores, representan entre el 15 % al 23 % de todas las neoplasias de la cavidad oral con una prevalencia entre el 60 % y el 89,5 %, abundan entre los 30 y 50 años y en el sexo femenino.⁽¹⁾

La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos. A pesar de que el uso de la anestesia general para los partos por esta vía ha descendido en las últimas décadas, todavía es necesaria para el control de diferentes contextos como la hemorragia materna, la coagulopatía franca, el compromiso vital del feto o en los casos en que la paciente tenga alguna contraindicación absoluta para la anestesia neuroaxial, entre otras situaciones.^(2,3,4)

Estudios recientes han demostrado que la mortalidad materna asociado con la anestesia general se ha incrementado en más de 16 veces en comparación con otras técnicas.^(5,6,7) Los problemas asociados a la anestesia general son la intubación fallida, aspiración pulmonar del contenido gástrico, depresión neonatal y despertar intraoperatorio materno.^(8,9)

La intubación fallida es un factor importante que contribuye a la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal. En el periodo preoperatorio inmediato, al anestesiólogo le corresponde la evaluación de la vía aérea en todo paciente propuesto para cirugía, cobrando particular importancia la predicción de vía aérea anatómicamente difícil, capital en el caso de las pacientes obstétricas. Sin embargo, los test predictores para su identificación no son del todo fiables y muchas veces es inevitable que el anestesiólogo se enfrente a una intubación difícil de forma inesperada.^(10,11)

Para disminuir la morbilidad y mortalidad relacionada con la anestesia general y prevenir complicaciones relacionadas con la intubación en las embarazadas, el objetivo de la investigación fue describir el abordaje de la vía aérea en una gestante con adenoma del paladar blando.

Bioética médica

La investigación cumplió con los postulados éticos en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki, enmendada por la quincuagésimo segunda Asamblea General en Edimburgo, Escocia, en octubre de 2008. Se asumen los principios de la escuela deontológica cubana, con la obtención primordial oral y escrita del consentimiento informado, considerando el principio del respeto a la dignidad humana, el derecho a la autodeterminación y protección a aquél sujeto incapaz de ejercerla. Se dio detallada explicación y educación preoperatoria a la paciente y familiares. Se obtuvo el consentimiento informado.

Presentación de caso

Paciente femenina de 20 años de edad, color de la piel negra, estado civil: soltera, ama de casa, escolaridad octavo grado.

Anunciada con el diagnóstico operatorio de 39 semanas de gestación, cesareada anterior en fase activa de trabajo de parto y el diagnóstico presuntivo de presentar adenoma del paladar blando en estudio por maxilofacial donde hasta el momento, se le realizó BAFF y se corroboró la impresión diagnóstica. Antecedentes de alergia a los anestésicos locales. Fue clasificada como alto riesgo obstétrico.

Operación propuesta: cesárea segmentaria arciforme.

- Antecedentes patológicos personales: asma bronquial ligera persistente desde la niñez con última crisis hace alrededor de 2 meses, tratamiento habitual con medidas de control, abundantes líquidos, difenhidramina (25 mg) 1 tableta por vía oral, cada 12 h, fluticasona y salbutamol (spray) 2 puff cada 12 h de cada uno; sin ingreso en sala de neumología, ni en

la unidad de cuidados intensivos, tampoco refiere haber presentado parada cardiorrespiratoria por esta causa.

- Reacción a medicamentos o alimentos: alergia a los anestésicos locales, refiere que en la cesárea anterior se le administró anestesia regional espinal intratecal y presentó pérdida del conocimiento, y que una vez recuperada recuerda que el anestesiólogo le informó que era alérgica a los anestésicos locales (dato que no se pudo corroborar porque fue realizado en otra provincia y por la urgencia del diagnóstico, debido a esto se decidió aceptar la veracidad de lo expresado por la paciente). La paciente refirió que por esta situación se le ha dificultado la extracción de focos sépticos dentales y la biopsia de la tumoración en el paladar blando. Niega alergia a otros medicamentos, al huevo y a los mariscos.
- Transfusiones previas: en el último embarazo hace 2 años, niega reacción transfusional.
- Hábitos tóxicos: fumadora inveterada desde los 12 años, hace alrededor de 8 años.
- Medicamentos en los últimos 15 días: las vitaminas habituales durante la gestación.
- Esteroides en los últimos 12 meses: no refiere.

Examen físico positivo:

- Peso corporal: 74 kg talla: 160 cm.
- Índice de Masa Corporal (IMC): 28,9 (sobre peso).
- metros cuadrados de superficie corporal (m²sc): 1,9.
- Tejido celular subcutáneo: no infiltrado por edemas.
- Mucosas: normocoloreadas y húmedas.
- Respiratorio: frecuencia respiratoria: 20 resp/min, murmullo vesicular normal no estertores.
- Cardiovascular: ruidos cardiacos rítmicos, normales, no se precisa soplo.
- TA: 110/80 mmHg, FC: 76 lat/min.

Signos predictores de vía aérea difícil:

Solo por ser gestante y sus cambios fisiológicos, se considera que presenta la vía aérea friable y difícil, además se encontró un Mallampatti grado IV debido a un tumor en el paladar blando superior, de alrededor de 5 a 6 cm de diámetro que impedía visualizar la orofaringe. Tumor de consistencia semiblanda, no doloroso a la movilización ni a la palpación, que sufrió aumento de tamaño el último año, (fig.). Se realizó laringoscopia indirecta con depresor, observándose que el Adenoma no permite visualizar las estructuras de la orofaringe.



Fig. - Mallampatti grado IV. Tumor orofaríngeo.

Exámenes complementarios realizados para anunciarla de urgencia:

- Hemograma: 112 g/l
- Hematocrito: 0,36 %
- Coagulograma: tiempo de sangrado- 2 min, tiempo de coágulo - 7 min, conteo de plaquetas $180 \times 10^9 /$

Preoperatorio: Con la paciente ubicada en decúbito lateral izquierdo, para evitar la hipotensión supina, y con monitorización del foco fetal continuo, se canalizan dos venas periféricas y se premedica con metoclopramina (10 mg) y ranitidina (50 mg), para la prevención del síndrome de Mendelson, complicación frecuente en las embarazadas.

Se llama al servicio de anestesia y reanimación en busca de ayuda, asesoramiento y participación de otros especialistas en el caso y preparación de un algoritmo para intubación fallida; se recaba de la presencia del equipo multidisciplinario del programa materno infantil (cirujanos generales, obstetras y neonatólogos).

Inducción anestésica y periodo intraoperatorio: se colocó la paciente en decúbito supino en la mesa quirúrgica, se monitorizaron los signos vitales, sin variación mayor o menor de un 15 % de la presión arterial sistólica inicial.

Se realizó preoxigenación con O_2 al 100 % por 5 min y se comenzó inducción anestésica de secuencia rápida con propofol 1,5 mg/kg de peso, succinilcolina 1 mg/kg de peso, previa maniobra de Sellick, se decide realizar una primera laringoscopia exploratoria gentil, evitando comprimir o lesionar el adenoma que posee la paciente en el paladar blando, junto al edema, la hiperemia y el aumento de la vascularidad de la mucosa orofaríngea, visualizándose grado II de Cormack-Lehane, se introdujo fácilmente el tubo endotraqueal número 7,0 y se insufló *coff*, se continuó con la ventila y se auscultaron ambos campos pulmonares con murmullo vesicular normal, simétrico no y sin estertores.

A continuación, se procedió a profundizar el plano anestésico y se comenzó la intervención quirúrgica, que duró un tiempo total de 35 min.

El mantenimiento anestésico se realizó con O_2 al 50 %, N_2O al 50 %, e isoflurano 0.8 %, también se le administran en total 6 mL de Fentanilo (300 mg) que se fueron titulando según la respuesta hemodinámica y las necesidades clínicas de la paciente.

Terminada la cesárea la paciente comienza con adecuada recuperación muscular, parámetros clínicos, ventilatorios y hemodinámicos aceptables por lo que se realiza una extubación exitosa, se

administra oxígeno al 100 % por 3 min, se traslada al posoperatorio sin dificultad, pasadas 6 h de adecuada recuperación posoperatoria, se traslada a sala de puerperio sin peligro para su vida.

Se realizó seguimiento clínico posoperatorio a la paciente por un periodo de 72 horas (24, 48 y 72 h). No se presentaron complicaciones relacionadas con el procedimiento, ni debidas a la manipulación de la vía aérea.

Resumen de implicaciones anestesiológicas: se trata de una paciente obstétrica, en las cuales como anestesiólogos se tiene el deber y la responsabilidad en nuestras manos de dos vidas que proteger, factor muy estresante. Paciente alérgica a los anestésicos locales, a la que no se le pudo realizar una técnica anestésica neuroaxial. Presencia una estrategia previa definida con el fin de abordar una vía aérea anatómica difícil y en este caso en particular se adicione, a los cambios fisiológicos del embazo, la presencia en el paladar blando,

Discusión

El propósito de esta presentación es describir el abordaje de la vía aérea en una gestante con Adenoma del paladar blando, a la cual no se le pudo realizar la técnica anestésica neuroaxial (intratecal/peridural) debido a que es alérgica a los anestésicos locales.

Existen interrogantes no resueltas ante determinados problemas y circunstancias que inciden en la decisión de la conducta anestésica y obstétrica, tales como la implicación de tipo médico legal, además de la influencia del medio institucional en el programa materno infantil.

Durante el embarazo, parto y puerperio, acontecen las mayores modificaciones anatomofisiológicas en la vida de la mujer, estos son cambios adaptativos que incluyen a todos los órganos y sistemas, que suceden con el fin de poder afrontar las demandas durante este periodo.

Esta rectificación temporal de la fisiología durante el embarazo no debe tomarse como patológica, es solo un cambio adaptativo, e identificarlos nos hace estar prevenidos en todas las circunstancias que puedan llevar a la embarazada a la necesidad de ser atendida por un anestesiólogo y por tanto, es prioritario una adecuada evaluación preoperatoria. Al mismo tiempo, se necesita de la preparación de un algoritmo en caso de una intubación fallida para minimizar los riesgos maternos y fetales.⁽²⁾

Los cambios en el sistema respiratorio en las embarazadas son los responsables de que a veces haya una imposibilidad de establecer y mantener una vía aérea, esta es la causa de casi la mitad de la morbilidad y mortalidad materna relacionada con la anestesia (normalmente durante las cesáreas bajo anestesia general).^(2,7,11)

En las gestantes las transformaciones anatomofisiológicas que suceden en las vías respiratorias y en la orofaringe presentan implicaciones anestésicas como son: el aumento de la vascularización y edematización de la mucosa del tracto respiratorio (nasofaringe y orofaringe, laringe y tráquea) que pueden provocar con el menor roce que se origine un sangrado importante, que complicará el abordaje de la vía aérea.

En este caso, la gestante presenta un tumor en el paladar blando, el cual se supone complicación en el proceder de la laringoscopia e intubación debido a que cualquier manipulación de esta zona (aspiración de secreciones, la inserción del tubo endotraqueal o la laringoscopia) puede provocar sangramiento y traumatismo de la vía aérea superior y puede aumentar el edema ya presente.⁽⁴⁾

La literatura recomienda evitar la instrumentación de la orofaringe, algo que no se puede impedir en las gestantes que presentan contraindicación absoluta para realizar la técnica anestésica neuroaxial; otras de las recomendaciones es el utilizar un tubo endotraqueal de menor (tamaño 6,0 a 7,0) y minimizar las maniobras de laringoscopia repetidas.^(2,5,9)

El incremento del peso corporal en las embarazadas es, fundamentalmente, en la cara, el cuello y las mamas, predisponen un riesgo de mayor dificultad a la hora del abordaje de la vía aérea, tema que continúa siendo álgido para los anestesiólogos en obstetricia, pues inciden en una alta incidencia de complicaciones, probabilidad de lesiones con secuelas e incluso la muerte. Se ha documentado la vía aérea de la paciente obstétrica como difícil, ya que existe un alto porcentaje

de intubaciones fallidas, durante las anestесias generales en procedimientos obstétricos y una mortalidad considerada alta en comparación con la población general.^(5,6)

Diferentes autores han evaluado los factores de riesgos asociados con la intubación difícil y han surgerido que el mayor riesgo está relacionado con la clase IV de Mallampatti, y el cuello corto, también plantean que la raza afroamericana sobrepasa el 60 % de la mortalidad anestésica materna, todos estos factores se encuentran relacionados con la gestante que se presentan.^(6,7,9)

Más del 50 % de los tumores de glándulas salivares menores (adenoma pleomórfico) aparece en el paladar blando y más del 90 % son neoplasias benignas. Clínicamente, se trata de un nódulo indoloro de crecimiento lento, de superficie lisa y consistencia firme, bien delimitado, no adherido a planos superficiales ni profundos, recubierto por mucosa de aspecto normal, sin ulceración, inflamación cercana ni infiltración ósea. Los síntomas más frecuentes que suele causar son la disfagia o la dificultad en la pronunciación. Es muy raro que aparezcan infartos dentro de un adenoma del paladar blando aunque puede ocurrir de forma espontánea, al comprimir la propia masa tumoral su aporte sanguíneo en su crecimiento (durante la intubación traqueal) y otras como una biopsia.

La existencia de necrosis en el tumor, así como la ulceración, la sobreinfección, el sangrado interno o externo que se manifieste, así como el dolor o la aparición de adenopatías, sugiere malignidad, es por esta razón que se continúa el seguimiento de la paciente durante 72 h. Es importante tener en consideración, que ante una masa indolora y firme en el paladar, puede tratarse de una neoplasia de glándula salivar menor y entre ellas, la más frecuente, el adenoma pleomórfico. Conocer todos estos detalles es vital para el anestesiólogo ya que pueden interferir en el abordaje de la vía aérea.^(1,6)

La paciente embarazada presenta mayor incidencia de vía aérea difícil comparado con la población general. La evaluación preoperatoria de la vía aérea es de gran utilidad para evitar complicaciones y plantear estrategias, y así presentar menor incidencia de intubaciones fallidas y complicaciones potencialmente fatales.

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez A. Morbilidad del Adenoma Pleomorfo de glándulas salivares. Revista Médica de Ciencias Médicas Pinar del Río. 2000[acceso: 03/04/2020];4(1). Disponible en: <http://www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/76/163>
2. Jenkins Barnardo JG. Failed tracheal intubation in obstetrics: a 6-year review in a UK region. Anaesthesia. 2000;55(7). <https://doi.org/10.1046/j.1365-2044.2000.01536.x>
3. Sten Billefals Einar. Related factors for ProSeal laryngeal mask airway failure. Revista Colombiana de Anestesiología. Colombian Journal of Anesthesiology. 2019[acceso: 03/04/2020];47(3):154-61. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rca/v47n3/es_0120-3347-rca-47-03-154
4. Rojas J, Zapién JM. Panorama actual de la vía aérea difícil. Revista Mexicana de Anestesiología; taller de vía aérea difícil. 2018[acceso: 03/04/2020];41(Supl. 1):200-02. Disponible en: <https://www-medigraphid.com/pdfs/rma/cma-2017/cmas171cg.pdf>
5. Gómez Ríos, Gaitini L. Guías y algoritmo para el manejo de la vía aérea difícil. Revista Española de Anestesiología y Reanimación, 2018[acceso: 03/04/2020];65(1):41-48. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-guias-algoritmos-el-manejo-via-S0034935617301998>
6. Varas C. Vía aérea difícil no prevista en paciente con Amígdala lingual hipertrófica. Revista electrónica de anestesia y reanimación. 2018[acceso: 03/04/2020];10(6). Disponible en: <http://revistaanestesar.org/index.php/rear/issue/archive>
7. Rojas A. Síndrome de Hallermann-Streiff y embarazo: manejo de la vía aérea difícil en embarazadas. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016[acceso: 03/04/2020];18(3).

Disponible en: https://cielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-752620160000300009

8. Ramírez C. Claves para el manejo de la vía aérea en la embarazada. Revista mexicana de Anestesiología. 2016;39(1):64-70.

9. Borrás R, Periñan R, Fernández C, Plaza A, Andreu E, Schmucker E, *et al.* Algoritmo de manejo la vía aérea en la paciente obstétrica. Revista Española de Anestesiología y Reanimación. 2012[acceso: 03/04/2020];59(8):436-43. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-pdf-S0034935612002241>.

10. Coloma R. Manejo de la vía aérea no difícil desde la ventilación con bolsa hasta la intubación orotraqueal. Elsevier. Revista de anestesia y reanimación. 2017[acceso: 03/04/2020];28(5):691-700. Disponible en: <https://anestesiario.org/archivo-2/blog/>

11. Mariscal M, Martínez E. Manual de Manejo de la Vía Aérea Difícil (3ª Edición). Revista electrónica de Anestesiología y Reanimación, Madrid. 2018[acceso: 03/04/2020]. Disponible en: <https://anestesiario.org/2018/manual-de-manejo-de-la-via-aerea-dificil-3a-edicion/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Amy Torres Montes de Oca: Idea original, búsqueda y análisis de la bibliografía, confección, envío y aprobación del informe final.

Hugo Puente Téllez y Beatriz Ramírez López: Búsqueda y análisis de la bibliografía, confección, y aprobación del informe final.