

TRAQUEOSTOMÍA VIGIL

UTILIDAD DEL BLOQUEO DEL NERVO LARÍNGEO SUPERIOR Y TRANSTRAQUEAL ECOGUIADOS EN COMBINACIÓN CON DEXMEDETOMIDINA. A PROPOSITO DE UN CASO.

AUTORES

ZAPANA BELÉN, FIGUEROA VIVES FRANCISCO, REYNOSO CATALINAS.
1 MEDICA ANESTESIOLOGA, HOSPITAL SAN FELIPE SAN NICOLAS DE LOS ARROYOS.
2 RESIDENTE 3° AÑO HOSPITAL SAN FELIPE.
3 RESIDENTE 2° AÑO HOSPITAL SAN FELIPE.

INTRODUCCIÓN

LAS COMPLICACIONES RELACIONADAS AL MANEJO DE LA VÍA AEREA SON UNA DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN ANESTESIOLOGÍA, EN PACIENTES CON VAD PREVISTA. ESCOGER LA ESTRATEGIA ADECUADA ES CRUCIAL. EN SERIES DE CASOS PREVIOS LA TRAQUEOSTOMIA VIGIL PARECERÍA SER UNA TECNICA POSIBLE, SIN EMBARGO EXISTEN ESCASAS EXPERIENCIAS DE ANESTESIA REGIONAL BAJO GUIA ECOGRAFICA A NIVEL LOCAL. EN ESTE CASO PRETENDEMOS ANALIZAR LA EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA TECNICA EN EL MARCO DE UNA SITUACION CLINICA COMPLEJA, ANADIENDO ADEMÁS EL USO DE LA ECOGRAFIA PARA AUMENTAR LA TASA DE EXITO DEL PROCEDIMIENTO.



MÉTODOS

PACIENTE MASCULINO DE 61 AÑOS DE EDAD, CON TUMOR DE PISO DE BOCA INDIFERENCIADO EN ESTADO AVANZADO, EN PLAN QUIRÚRGICO PARA TRAQUEOSTOMIA MAS GASTROSTOMIA PALIATIVA. POR APERTURA BUCAL 5MM Y RIGIDEZ CERVICAL ASOCIADA SE LO CONSIDERA VA DIFICULTOSA PARA VENTILACION/ INTUBACION. SE REALIZO TOMOGRAFIA DE CUELLO QUE INFORMA LESION INFILTRATIVA DE 73X35MM DE DIAMETRO QUE AFECTA A LA PARED DERECHA Y POSTERIOR DE LA OROFARINGE CON EXTENSION HACIA EL HUESO HIODES, SENO PIRIFORME HOMOLATERAL, REGION SUPRA GLOTICA Y GLOTICA DERECHA CON AFECTACION DE LOS ESPACIOS GRASOS PERI LARINGEOS. SIN OBSTRUCCION DE LA VÍA AEREA. FIBRONASOLARINGOSCOPIA INFORMA TUMOR FRIABLE DE 70X40MM QUE NO OBSTRUYE LA VÍA AEREA. PACIENTE INGRESA A QUIRÓFANO Y SE PREOXIGENA CON MASCARA FACIAL CON RESERVORIO A 10 LT/MIN POR 3 MINUTOS. SE PREMEDICA CON MIDAZOLAM 1.5 MG EV. LUEGO SE COMIENZA DEXMEDETOMIDINA DOSIS DE CARGA 1 MCG/KG EN 10 MINUTOS Y MANTENIMIENTO EV A 0.7 MCG/ KG/ HR. SE REALIZO BLOQUEO NERVO LARINGEO SUPERIOR Y BLOQUEO TRANSTRAQUEAL GUIADOS POR ECOGRAFIA CON LIDOCAINA AL 1%.

RESULTADOS

EL PACIENTE TOLERÓ DE MANERA ADECUADA EL PROCEDIMIENTO, CON LA SEDACION ESCOGIDA NO REFIRIO DOLOR DURANTE EL ACTO ANESTESICO NI POSTERIORMENTE EN LA REALIZACION DE LA TRAQUEOSTOMIA. NO EXPERIMENTO OTROS EFECTOS ADVERSOS MANTENIENDOSE VIGIL, RESPONDIENDO A ORDENES SIMPLES Y ASEGURANDOSE LA VENTILACION ESPONTANEA EN TODO MOMENTO. NO EXPERIMENTO EPISODIOS DE DESATURACION, BRADICARDIAS O HIPOTENSION, NI REQUIRIO LA ADMINISTRACION DE VASOPRESORES DURANTE LA CIRUGIA. TRAS CONSEGUIRSE EL ACCESO LARINGEO SE COLOCÓ UN TRAQUEOSTOMO DE 7.5 MM, SE VERIFICO LA CORRECTA VENTILACIÓN Y SE PROCEDIO A REALIZAR UNA ANESTESIA GENERAL BALANCEADA CON REMIFENTANIL Y SEVOFLUORANO PARA EL SEGUNDO PROCEDIMIENTO DONDE SE REALIZO LA GASTROSTOMIA. EL PACIENTE CURSO SU POSTOPERATORIO EN LA UCI.

CONCLUSIÓN

SI BIEN ES NECESARIA MAYOR INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS DE MAYOR VOLUMEN DE PACIENTES, EN ESPECIAL EN EL AMBITO LOCAL, LA TRAQUEOSTOMIA VIGIL CON BLOQUEO ECOGRAFICO DEL N LARINGEO SUPERIOR Y BLOQUEO TRANSTRAQUEAL, ACOMPAÑADO DE UNA SEDACION CON DEXMEDETOMIDINA PARECERÍA SER UNA ALTERNATIVA EFICAZ, ACCESIBLE, DE BAJA COMPLEJIDAD Y SEGURA EN EL MANEJO DE PACIENTES CON TUMORES OROFARINGEOS.



BIBLIOGRAFIA:

- 1) LARS DAHLGARD HØVE, JACOB STEINMETZ, JENS KROGH CHRISTOFFERSEN, ANNE MØLLER, JACOB NIELSEN, HENRIK SCHMIDT; ANALYSIS OF DEATHS RELATED TO ANESTHESIA IN THE PERIOD 1996–2004 FROM CLOSED CLAIMS REGISTERED BY THE DANISH PATIENT INSURANCE ASSOCIATION. ANESTHESIOLOGY 2007; 106:675–680 DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/01.ANE.0000264749.86145.E5](https://doi.org/10.1097/01.ANE.0000264749.86145.E5)
- 2) M. COOK, S. R. MACDOUGALL-DAVIS, COMPLICATIONS AND FAILURE OF AIRWAY MANAGEMENT, BJA: BRITISH JOURNAL OF ANAESTHESIA, VOLUME 109, ISSUE SUPPL. 1, DECEMBER 2012, PAGES 168–185. [HTTPS://DOI.ORG/10.1093/bja/aes393](https://doi.org/10.1093/bja/aes393)
- 3) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON DIFFICULT AIRWAY MANAGEMENT, ROBERT A. CAPLAN, JONATHAN L. BENJUMOF, FREDERIC A. BERRY, CASEY D. BLITT, ROBERT N. BODE, FREDERICK W. CHENEY, RICHARD T. CONNIS, ORIN F. GUIDRY, DAVID G. NICKINOVICH, ANDRANIK OVASSAPIAN; PRACTICE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY: AN UPDATED REPORT BY THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. ANESTHESIOLOGY 2013; 118:251–270 DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/ALN.0b013e3182777382](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e3182777382)
- 4) ECHEVERRI-OSPINA YC, ZAMUDIO BURBANO MA, GONZÁLEZ GIRALDO D. ULTRASOUND-GUIDED SUPERIOR LARYNGEAL NERVE BLOCK – A DESCRIPTION OF THE TECHNIQUE. COLOMB. J. ANESTHESIOLOG. [INTERNET]. 2020SEP.3 [CITED 2022JUN.7];49(1). AVAILABLE FROM: [HTTPS://WWW.REVISTAANEST.COM.CO/INDEX.PHP/RCJA/ARTICLE/VIEW/1939](https://www.revistaanest.com.co/index.php/RCJA/article/view/1939)
- 5) JAIME ESCOBAR D., ANESTESIA REGIONAL DE LA VÍA AEREA, REV CHIL ANEST. 2009; 38: 145–151.
- 6) SAGIV, D., NACHALON, Y., MANSOUR, J. ET AL. AWAKE TRACHEOSTOMY: INDICATIONS, COMPLICATIONS AND OUTCOME. WORLD J SURG 42, 2792–2799 (2018). [HTTPS://DOI.ORG/10.1007/s00268-018-4578-X](https://doi.org/10.1007/s00268-018-4578-X)
- 7) SEDATION WITH DEXMEDETOMIDINE DURING TRACHEOSTOMY IN SEVERE TRACHEAL STENOTIC PATIENTS, KOREAN J CRIT CARE MED 2013 NOVEMBER 28(4):314–317. [HTTPS://DOI.ORG/10.4266/kjccm.2013.28.4.314](https://doi.org/10.4266/kjccm.2013.28.4.314)
- 8) HORN, A., KAULINS, T., HINKELBEIN, J., KAULINA, K., KOPP, A., RUSSO, S. G., KOHLER, S., & SCHRODER, S. (2017). AWAKE TRACHEOTOMY IN A PATIENT WITH STRIDOR AND DYSPNOEA CAUSED BY A SIZEABLE MALIGNANT THYROID TUMOR: A CASE REPORT AND SHORT REVIEW OF THE LITERATURE. CLINICAL CASE REPORTS, 5(11), 1891–1895. [HTTPS://DOI.ORG/10.1002/ccr3.1216](https://doi.org/10.1002/ccr3.1216)
- 9) FUSCO, P., IERICO, A., DELLA VALLA, M., & FERRARO, F. (2019). AWAKE TRACHEOSTOMY IN A PATIENT WITH ACUTE UPPER AIRWAY OBSTRUCTION: AN EMERGENCY APPLICATION OF AN ELECTIVE PERCUTANEOUS PROCEDURE. OPEN ACCESS EMERGENCY MEDICINE : OAEM, 11, 167–170. [HTTPS://DOI.ORG/10.2147/OAEM.S201079](https://doi.org/10.2147/OAEM.S201079)
- 10) CHO, J. W., JEONG, M. A., CHOI, J. H., CHO, J. W., LEE, H. J., KIM, D. W., KIM, K. S., & SEO, J. K. (2010). ANESTHETIC CONSIDERATION FOR PATIENTS WITH SEVERE TRACHEAL OBSTRUCTION CAUSED BY THYROID CANCER – A REPORT OF 2 CASES-. KOREAN JOURNAL OF ANESTHESIOLOGY, 58(4), 396–400. [HTTPS://DOI.ORG/10.4097/kjae.2010.58.4.396](https://doi.org/10.4097/kjae.2010.58.4.396)
- 11) RE HODGSON & TK PILLAY (2017) AWAKE PERCUTANEOUS TRACHEOSTOMY AS AN ALTERNATIVE TO OPEN EMERGENCY TRACHEOSTOMY IN A THREATENED AIRWAY, SOUTHERN AFRICAN JOURNAL OF ANAESTHESIA AND ANALGESIA, 23:5, 123–128, DOI: 10.1080/22201181.2017.1371916
- 12) JAVIER LASALA, CARLOS E. GUERRA-LONDONO, DAM-THUY TRUONG, ANGELA T. TRUONG; AIRWAY OBSTRUCTION ATTRIBUTABLE TO HEAD AND NECK CANCERS: AWAKE FIBEROPTIC INTUBATION VERSUS AWAKE TRACHEOSTOMY. ANESTHESIOLOGY 2021; 134:937 DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1097/ALN.0000000000003744](https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000003744)
- 13) AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. 2003. PRACTICE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY: AN UPDATED REPORT BY THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. ANESTHESIOLOGY 98:1269–1277.
- 14) APPELBAUM, J. L., C. A. HAGERBERG, R. A. CAPLAN, C. D. BLITT, R. T. CONNIS, D. G. NICKINOVICH, ET AL. 2013. PRACTICE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY: AN UPDATED REPORT BY THE AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS TASK FORCE ON MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. ANESTHESIOLOGY 118:251–270.
- 15) PIEPHO, T., E. CAVUS, R. NOPPENS, C. BYAHN, V. DORGES, B. ZWISLER, ET AL. 2015. SI GUIDELINES ON AIRWAY MANAGEMENT: GUIDELINE OF THE GERMAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGY AND INTENSIVE CARE MEDICINE. ANAESTHESIST 64(SUPPL 1):27–40.
- 16) ZACHO, A. R., H. K. KIM, E. A. LEE, AND D. H. LEE. 2015. AIRWAY MANAGEMENT IN A PATIENT WITH SEVERE TRACHEAL STENOSIS: BILATERAL SUPERFICIAL CERVICAL PLEXUS BLOCK WITH DEXMEDETOMIDINE SEDATION. J. ANESTH. 29:292–294.