

#00002102

# Manejo de edema orofaringolaríngeo post cirugía maxilofacial con intubación nasal: ¿traqueostomía o extubación? A propósito de un caso

Caleca EG\*, Foti Muñoz CA\*, Moreno NG\*, Capmourteres E\*

\*Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

## PALABRAS CLAVE

Edema postquirúrgico, cirugía maxilofacial, extubación fallida

## MÉTODOS

Presentar una alternativa segura en el manejo de la vía aérea edematizada postcirugía maxilofacial.

## INTRODUCCION

El edema postoperatorio puede afectar la permeabilidad de la vía aérea superior, generando obstrucción y necesidad de reintubación o traqueostomía de urgencia<sup>1</sup>. Está relacionado con el tiempo quirúrgico, cirugía mayor, cantidad y combinación de procedimientos. La incidencia de reintubación aumenta del 0,2% en población general a 30% en cirugías maxilofaciales, cabeza y cuello e intubaciones traumáticas<sup>2</sup>.

No hay un marcador específico para cuantificar el grado de inflamación postoperatoria pero en casos de difícil decisión se utiliza el test de fuga aérea (ausencia de aire peritubo indica edema periglótico, importante predictor de extubación fallida<sup>3,4</sup>) y fibrobroncoscopia (valora presencia de edema en tejidos blandos supraglóticos<sup>3</sup>).

## RESULTADO

Paciente de 33 años, peso 85 kg, talla 155 cm, apertura bucal severamente limitada, macroglosia, cuello corto y ancho, Mallampati 4, SAHOS, piezas dentarias en mal estado, asimetría facial, prognatismo mandibular, nariz en silla de montar, impronta quirúrgica con deformidad del paladar superior, antecedentes de queiloplastia, palatoplastia, distracción y cirugía ortognática. En plan quirúrgico de fijación maxilar por pseudoartrosis.

Se realiza intubación vigil por vía nasal con fibrobroncoscopio moderadamente dificultosa. Luego de 6 hs de cirugía y con presencia de visible edema orofacial se decide realizar intubación oral para cursar postoperatorio, evitando traqueostomía.

Se asegura vía aérea progresando guía tipo Eschmann a través del tubo nasotraqueal, se realiza videolaringoscopia y bajo observación directa de la glotis se retira tubo nasotraqueal. Dejando la guía en posición se introduce tubo orotraqueal lateral a la misma y comprobando correcta intubación, ésta se retira. Se traslada la paciente a UTI para cursar postoperatorio donde a las 48 es extubada sin complicaciones con un test de fuga favorable.

## DISCUSION

Proponemos una alternativa a la traqueostomía en pacientes donde el acceso a la vía aérea puede estar imitado convirtiendo la extubación en un escenario potencialmente riesgoso. Identificar permite anticiparnos y planificar estrategias individualizadas de extubación para evitar o reducir la tasa de complicaciones.



1. Manejo de Edema en Oral y Cirugía Maxilofacial, Renato Yassutaka Faria Yaedu, Ana Carolina Bonetti Valente Marina de Almeida Barbosa Mello
2. Manejo de vía aérea difícil en situaciones especiales Página 2 de 27, Manejo de vía aérea avanzada tema 9, extubación de vía aérea difícil autor pablo nuñez
3. Decisión del momento de extubación del postoperado de cirugía maxilofacial en la unidad de cuidados intensivos E.Curiel Balsera, MA.Prieto Palomino, J Munoz Bono, MD Arias Verdu, J, Mora Ordoñez y G Quesada Garcia Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España-
4. Utilidad de la prueba de fuga peritubo para la seguridad de la extubación Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación. 2019;19(1.2)