

**CASO CLÍNICO****Intubación con fibroscopio en paciente con estenosis traqueal severa**

Zugasti Echarte O, Martínez García O, Artetxe Andrés A, Liberal Sarnago P.
Complejo Hospitalario de Navarra.

Resumen

Presentamos el caso de una mujer de 80 años que acude al servicio de urgencias en abril de 2016 refiriendo disnea.

Entre sus antecedentes personales destacan:

- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Carcinoma de recto tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Evolución tórpida en el postoperatorio con shock séptico por dehiscencia de sutura que requirió varias reintervenciones y ventilación mecánica prolongada con realización de traqueotomía.
- Bocio multinodular (BMN).

A su llegada a Urgencias la paciente presenta buen estado general, con SatO₂ 97% respirando aire ambiente, taquipnea a 23 rpm, en la auscultación pulmonar únicamente se describen roncus diseminados. Se inicia tratamiento con metilprednisolona, nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio y levofloxacino.

La paciente se encontraba en seguimiento por Endocrinología desde 2010 por BMN con hipertiroidismo subclínico, con clínica de opresión torácica únicamente en relación con el esfuerzo físico. Previamente a su visita a urgencias no refería disfagia, disfonía, disnea ni ortopnea. En agosto de 2014 se describe en TAC bocio con componente endotorácico a expensas de crecimiento de lóbulo tiroideo izquierdo que se introduce en el tórax y desciende hasta situarse a la altura del cayado aórtico. Produce desplazamiento de la luz traqueal con estenosis y desplazamiento de luz esofágica. En ese momento la paciente fue valorada por Cirugía General que concluyó que al no presentar clínica que comprometiera actividades de la vida diaria y debido al riesgo quirúrgico, no era candidata a cirugía.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 80 años que acude al servicio de urgencias en abril de 2016 refiriendo disnea.

Entre sus antecedentes personales destacan:

- Diabetes Mellitus tipo 2.
- Carcinoma de recto tratado con cirugía, quimioterapia y radioterapia. Evolución tórpida en el postoperatorio con shock séptico por dehiscencia de sutura que requirió varias reintervenciones y ventilación mecánica prolongada con realización de traqueotomía.

- Bocio multinodular (BMN).

A su llegada a Urgencias la paciente presenta buen estado general, con SatO₂ 97% respirando aire ambiente, taquipnea a 23 rpm, en la auscultación pulmonar únicamente se describen roncus diseminados. Se inicia tratamiento con metilprednisolona, nebulizaciones de salbutamol y bromuro de ipratropio y levofloxacino.

La paciente se encontraba en seguimiento por Endocrinología desde 2010 por BMN con hipertiroidismo subclínico, con clínica de opresión torácica únicamente en relación con el esfuerzo físico. Previamente a su visita a urgencias no refería disfagia, disfonía, disnea ni ortopnea. En agosto de 2014

se describe en TAC bocio con componente endotorácico a expensas de crecimiento de lóbulo tiroideo izquierdo que se introduce en el tórax y desciende hasta situarse a la altura del cayado aórtico. Produce desplazamiento de la luz traqueal con estenosis y desplazamiento de luz esofágica. En ese momento la paciente fue valorada por Cirugía General que concluyó que al no presentar clínica que comprometiera actividades de la vida diaria y debido al riesgo quirúrgico, no era candidata a cirugía.

En Urgencias se realiza TAC torácico cuyos hallazgos se comparan con el previo:

Importante aumento de tamaño del lóbulo tiroideo izquierdo, con contenido heterogéneo. Presenta unos diámetros aproximados de 63 (T) x 53 (AP) x 95 (L) mm, con aumento de su diámetro transversal con respecto a exploraciones previas. Se introduce en cavidad torácica por detrás de tráquea, con desplazamiento traqueal y estenosis esofágica. Diámetro transversal mínimo de tráquea en plano coronal: 2,8 mm (6,7 mm en TC previo) (Imágenes 1 y 2).



Imagen 1. TAC torácico en plano coronal



Imagen 2. TAC torácico en plano sagital

Debido al cuadro de disnea alta y al empeoramiento radiológico del tamaño del BMN se decide el ingreso en planta de Neumología. La primera noche de ingreso la paciente refiere empeoramiento de su disnea por dificultad para expectorar secreciones. Es valorada por Cirugía General que decide intervención quirúrgica urgente.

A su llegada a quirófano la paciente refiere ortopnea, SatO₂ 97% con cánulas nasales a 3Lpm, 25 rpm y a la auscultación continúan los roncus diseminados.

Exploración de vía aérea: Mallampati II, cuello grueso con cicatriz de traqueotomía previa, distancia tiromentoniana >6.5 cm y esternomentoniana >13 cms. Reducción de la movilidad cervical por artrosis. Prótesis dental móvil completa.

Ante el previsible manejo complejo de la vía aérea se decide intubación con fibroscopio despierto bajo anestesia local. Se coloca a la paciente en sedestación en la mesa de quirófano y bajo monitorización estándar con ECG, pulsioximetría y presión arterial no invasiva comenzamos a realizar la anestesia tópica de vía aérea con nebulización de lidocaína 5% y aplicaciones de spray de lidocaína 1% directamente en orofaringe. Transcurridos 15 minutos colocamos una cánula VAMA impregnada en lidocaína con buena tolerancia. Introdujimos el

fibroscopio sin dificultad hasta la glotis. Administramos un bolo de 2 mL de lidocaína 2% por catéter epidural colocado en el canal de trabajo del fibroscopio en la glotis y tras esperar 1 minuto, atravesamos las cuerdas. Unos 2 cm por debajo de la glotis nos encontramos con una gran estenosis traqueal, que no permitía avanzar ni el fibroscopio ni un TET flexometálico del número 6 (vídeo 1).

[Vídeo 1. Estenosis traqueal severa \(Haga clic aquí para verlo\)](#)

Decidimos dejar colocado el tubo endotraqueal en la zona preestenótica, retirar el fibroscopio y conectar a la paciente al respirador en modo presión soporte. Una vez comprobada la correcta ventilación mediante curva de capnografía, abrimos el vaporizador de Sevoflurano hasta conseguir que la paciente perdiera la consciencia mientras mantenía la respiración espontánea. En estas circunstancias volvimos a introducir el fibroscopio, pudiendo en esta ocasión avanzar el tubo hasta carina. Una vez comprobada nuevamente la correcta ventilación mediante capnografía y auscultación pulmonar se administraron 0.6 mg/Kg de rocuronio y se conectó a ventilación mecánica. El acto quirúrgico consistió en una hemitiroidectomía izquierda, de 3 horas de duración, que cursó sin incidencias.

Tras la intervención la paciente fue trasladada a UCI, donde fue extubada a las 8 horas sin complicaciones. Tras una estancia de 4 días en planta de hospitalización la paciente fue dada de alta a domicilio. En las visitas postoperatorias se constata la buena evolución del cuadro clínico, encontrándose asintomática en la actualidad.

Comentario

En este caso nos encontramos ante una vía aérea difícil prevista. La paciente aquejaba ortopnea en el momento de entrar a quirófano, por lo que realizamos la intubación con fibroscopio en sedestación.

Para intentar facilitar el paso del tubo por la zona estenótica elegimos un tubo flexometálico con punta de silicona y bisel redondeado, ya que pensamos que podía deslizarse más fácilmente.

En un primer intento no conseguimos avanzar ni el fibroscopio ni el tubo a través de la estenosis y dado el riesgo de colapso de la vía aérea si inducíamos un bloqueo neuromuscular profundo decidimos aprovechar la relajación muscular que proporciona el Sevoflurano mientras la paciente continuaba en respiración espontánea. Esta relajación muscular fue suficiente para poder atravesar la estenosis y alojar el tubo por encima de la carina, donde la tráquea ya tenía un calibre normal. En nuestra opinión el refuerzo metálico del tubo ayudó a que éste no se colapsara por la masa tumoral una vez inducida la relajación muscular con relajantes musculares.

Correspondencia al autor

Orreaga Zugasti Echarte
orreaga.zugasti.echarte@cfnavarra.es
 FEA Anestesiología y Reanimación.
 Complejo Hospitalario de Navarra

[Publicado en AnestesiaR el 8 de febrero de 2017](#)