

Abordaje de la vía aérea en una lactante con linfangioma cervical.

Revista Médica Electrónica 2007;29 (6)

HOSPITAL PEDIATRICO UNIVERSITARIO PROVINCIAL "ELISEO NOEL CAAMAÑO"

Abordaje de la vía aérea en una lactante con linfangioma cervical.

Access to the aerial tract in a breastfed child with cervical lymphangioma.

AUTORES

Dra. Yamilet Reboredo Rodríguez.(1)
Dr. Israel González-del Pino Ruz.(1)
Dr. Luis Esteban Alemán Díaz.(2)
Dr. Luis Abel Suárez Rodríguez.(2)
Dr. José Antonio Santana Santana.(3)
Dr. Víctor Ferreira Moreno.(4)

E-mail : victor.mtz@infomed.sld.cu

(1) Especialistas de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Profesores Instructores FCM Matanzas.

(2) Especialistas de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño".

(3)Especialista de I Grado en Cirugía Pediátrica. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Profesor Instructor. FCM Matanzas.

(4) Especialista de I Grado en Radiología. Hospital Pediátrico Provincial "Eliseo Noel Caamaño". Profesor Instructor. FCM Matanzas.

RESUMEN

Las grandes tumoraciones de cuello se han asociado con dificultades en la intubación. Se realizó la valoración preoperatoria de la vía aérea a través de la historia, el examen físico y los complementarios. Y se consideró una vía aérea difícil y se efectuó inducción con halotano logrando la intubación de la tráquea sin complicaciones. La inducción inhalatoria permitió la intubación endotraqueal en una paciente considerada como una vía aérea difícil.

DeCS:

LINFANGIOMA/diagnóstico

LINFANGIOMA/cirugía

NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO/diagnóstico

NEOPLASIAS DE CABEZA Y CUELLO/cirugía

INTUBACIÓN INTRATRAQUEAL/métodos

HALOTANO/uso terapéutico

HUMANO

LACTANTE .

INTRODUCCIÓN

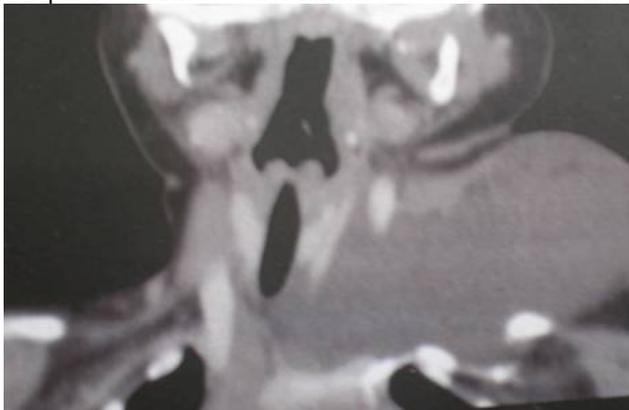
La intubación endotraqueal, en el paciente pediátrico, puede en ocasiones resultar difícil debido a las características anatómicas y fisiológicas de sus vías respiratorias, así como a la diversidad de enfermedades y síndromes que comprometen la misma (1-18). Una de las entidades son las tumoraciones de cuello, que al comprimir o desplazar la tráquea dificultan su abordaje. (18-20)

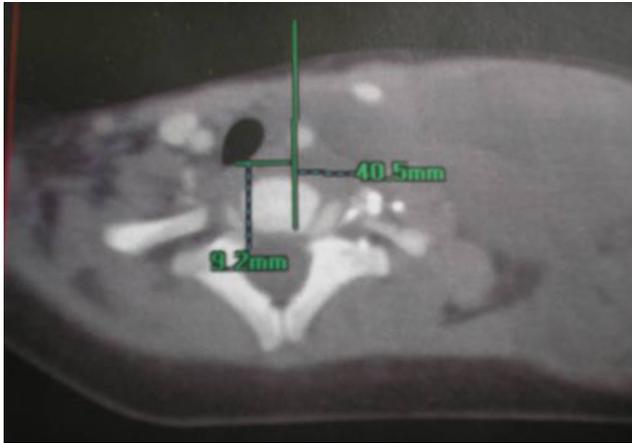
Reporte de Caso.

Lactante femenina de 7 meses de edad y 8 kg de peso, con diagnóstico preoperatorio de linfangioma quístico cervical programada para exéresis. No se recogen antecedentes patológicos a no ser el que motivó la cirugía. Al examen físico se constató una masa tumoral de aproximadamente 10 cm de diámetro en la región lateral izquierda del cuello que obliga a mantenerla en decúbito lateral porque la posición de supino le provoca dificultad respiratoria. Resto del examen físico sin alteraciones.



La Tomografía Axial Computarizada de cuello informa lesión quística que no capta contraste en la región laterocervical izquierda que se extiende medialmente a nivel prevertebral retrofaringeo, luz esofágica cervical colapsada por compresión extrínseca, desplazamiento medial de las estructuras vasculares del cuello y extensión hasta mediastino superior, existe importante desplazamiento de la tráquea sin evidencia de obstrucción de la vía aérea.





Para la medicación preanestésica se administró atropina 0,1 MG endovenosa. La monitorización consistió en pulsimetría, ECG continuo, tensión arterial no invasiva y temperatura. Se prepararon las condiciones para el abordaje quirúrgico de la vía aérea si fuese necesario y se administró oxígeno al 100 % antes de la inducción. Para la inducción se administraron dosis crecientes de halotano de 0,5 a 3,5 % y FiO de 1 mediante el sistema Mapleson D. Posteriormente se procedió a la laringoscopia directa e intubación de la tráquea (tubo 4.0), para lo cual fue necesario desplazar la tráquea hacia la línea media; después se acopló al circuito anestésico. La comprobación de la intubación se basó en la expansibilidad torácica, la auscultación y la capnografía. El mantenimiento de la anestesia se llevó a cabo con oxígeno y óxido nitroso. (FIO₂ 0,5), halotano (1-2 %) y bromuro de vecuronio. Al finalizar la cirugía la paciente fue extubada y trasladada a la sala de cuidados postanestésicos en la que permaneció durante dos horas. Pasado este tiempo se decidió el alta y traslado a la sala de cuidados intensivos.

DISCUSIÓN

La valoración preoperatoria de la vía aérea permite anticipar las dificultades que nos puedan ofrecer las características anatómicas de cada paciente y debemos trazar planes alternativos para afrontarlas. En ese sentido la mayoría de los autores (2, 3, 5, 8-10,18) coinciden que la inducción inhalatoria manteniendo la ventilación espontánea proporciona grandes ventajas en niños con vías aéreas difíciles. Se reconoce en el halotano el agente de elección para este tipo de pacientes, ya que en el caso de requerirse más tiempo para la visualizar la glotis, el paciente puede salirse del plano más rápidamente con el sevoflorano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cobley M, Vaughan RS. Recognition of management of the difficult airway problems. *Br J Anesth.* 1992; 68: 90-8.
2. Zamido VI. Vía aérea difícil en pediatría. *Rev Chil Anest.* 2002; 31(1)
3. Valera EA. Vía aérea en pediatría. *Rev Ven Anest.* 2002; 7 (2): 202-7.
4. Platzer MJ. Cáncer tiroideo: una causa infrecuente de obstrucción de la vía área superior en niños. Caso Clínico. *Rev Méd Chile.* 2006; 134(1): 772-6.
5. Niño RM, Raffan SF, Arango GE. Anestesia para procedimientos endoscópicos en la vía área. *Acta Otorrinolaringología Cir Cabeza y Cuello.* 2000; 28(2)
6. Valero EA, Vielma de Lizarraga G. Manejo de la vía aérea difícil. *Rev Ven Anest.* 1998; 3(1): 21-33.
7. De La parte PL. Valoración preoperatorio del niño politraumatizado. *Rev Cubana Pediatr.* 2004; 76(1)

8. Cobley M, Vaughan RS. Recognition of management of the difficult airway problems. *Br J Anesth.* 1992; 68: 90-8.
9. Zamido VI. Vía aérea difícil en pediatría. *Rev Chil Anest.* 2002;31(1)
10. Valera EA. Vía aérea en pediatría. *Rev Ven Anest.* 2002; 7 (2):202-7.
11. Niño RM, Raffan SF, Arango GE. Anestesia para procedimientos endoscópicos en la vía aérea. *Acta Otorrinolaringología y Cir Cabeza y Cuello.* 2000;28(2)
12. Valero EA, Vielma de Lizarraga G. Manejo de la vía aérea difícil. *Rev Ven Anest.* 1998;3(1): 21-33.
13. De La parte PL. Valoración preoperatorio del niño politraumatizado. *Rev Cubana Pediatr.* 2004;76(1).
14. Cassinello OC. Anestesia y fibrobroncoscopia para el estudio de un estridor crónico en un niño con síndrome de Robinow. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2003;50:101-5
15. Morejón FJ, Sainz CH, Dávila CE, Domínguez CM. Anestesia en pediatría. En: Dávila CE, Gómez BC, Álvarez BM, Sainz CH, Molina LR. *Anestesiología Clínica.* Damuji; 2001. p. 417-8.
16. Biarent D, Biangham R, Richmond S, Maconochie I, Wylie J, Simpson S. Paediatric life support. *Resuscitacion.*2005; 67: 5102-4.
17. Baeza HC, García CI, Najera CH, Velázquez AR. Trauma en Pediatría. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2001;58(8):576-88
18. Lowdeden JA. Implicaciones anestésicas en síndromes y trastornos no habituales. En: Steward JD. *Manual de Anestesia Pediátrica.* La Habana: Científico-técnica; 1982.p.274-307.
19. Platzer MJ. Cáncer tiroideo: una causa infrecuente de obstrucción de la vía aérea superior en niños. Caso Clínico. *Rev Méd Chile.* 2006;134(1):772-6
20. Alfonso PN, Delgado CE, Blanco RV, Ochoa VS, López VS. Predicción de vía aérea difícil. *Rev Archivo Méd Camagüey* .2000; 4 (2)

SUMMARY

The big tumors in the neck have being associated with intubation difficulties. We made the presurgery evaluation of the aerial tract through the medical records, physical and complementary examinations. We considered a difficult aerial tract and made the induction with halothane, achieving tracheal intubation without complications. The inhalant intubation allowed the endotracheal intubation in a patient considered as a difficult aerial tract.

MeSH:

LYMPHANGIOMA/diagnosis
LYMPHANGIOMA/surgery
HEAD AND NECK NEOPLASMS/diagnosis
HEAD AND NECK NEOPLASMS/surgery
INTUBATION, INTRACHEAL/methods
HALOTHANE/therapeutic use
HUMAN
INFANT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Reboredo Rodríguez Y, González del Pino Ruiz I, Alemán Díaz LE, Suárez Rodríguez LA, Santana Santana JA, Ferrerira Moreno V. Abordaje de la vía aérea en una lactante con linfangioma cervical. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2007; 29(6). Disponible en

URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema.15.htm> [consulta: fecha de acceso]