

**CASO CLÍNICO**

¿Puede ser Glidescope una alternativa al fibrobroncoscopio? Un caso de IOT despierto con glidescope en paciente con linfoma en cuello

Mejía Arnaud RA, Muñoz Ávalos N, Sánchez Zamora P, Población G, González Pérez L.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

Resumen

Los pacientes con tumores de la vía aérea (VA) superior y aquellos que previamente han recibido radioterapia son un grupo cuyo manejo siempre supone un desafío. La progresión de la enfermedad, infección y la radioterapia tienen como consecuencia un incremento de edema, que hace que estos pacientes sean más complicados, con un manejo anestésico de predecible dificultad, en la que todo el equipo médico debe estar involucrado. Para estos casos, existen varios dispositivos utilizables para el manejo de la vía aérea. La intubación del paciente despierto con fibroscopio (FBO) probablemente sea la técnica más segura, pero es también la más estresante, se precisa de experiencia, disponer del equipo necesario y de unos asistentes entrenados y conocedores de la misma, según explican las recomendaciones de NAP4. En este caso presentamos un paciente con predictores de vía aérea difícil (VAD) que fue intubado despierto con Glidescope en el primer intento.

Introducción

Los pacientes con tumores de la vía aérea (VA) superior y aquellos que previamente han recibido radioterapia son un grupo cuyo manejo siempre supone un desafío. La progresión de la enfermedad, infección y la radioterapia tienen como consecuencia un incremento de edema, que hace que estos pacientes sean más complicados, con un manejo anestésico de predecible dificultad, en la que todo el equipo médico debe estar involucrado. Para estos casos, existen varios dispositivos utilizables para el manejo de la vía aérea. La intubación del paciente despierto con fibroscopio (FBO) probablemente sea la técnica más segura, pero es también la más estresante, se precisa de experiencia, disponer del equipo necesario y de unos asistentes entrenados y conocedores de

la misma, según explican las recomendaciones de NAP4. En este caso presentamos un paciente con predictores de vía aérea difícil (VAD) que fue intubado despierto con Glidescope en el primer intento.

Caso Clínico

Paciente mujer de 71 años a quien se le realizó una laparotomía de urgencia por abdomen agudo. AP: No alergias conocidas. HTA, Dislipemia y Linfoma Burkitt grado III en tratamiento con quimioterapia, localizado en cuello en el lado derecho con desplazamiento de estructuras de la VA. Se realiza una exploración de la vía aérea (Figuras 1, 2 y 3).



Figura 1, 2, 3. Exploración de la VA (Apertura bucal: 3,5 cm. Mallampati-samsoon: IV/IV. Distancia Tiromentoniana, DTM: 6 cm).

La paciente se encontraba hemodinámicamente estable y fue trasladada desde la sala de urgencias a reanimación, para optimización y preparación de la vía aérea. Se verifican las pruebas de imagen para elaborar un plan estratégico en el manejo de esta vía aérea (Figuras 4 y 5,6).

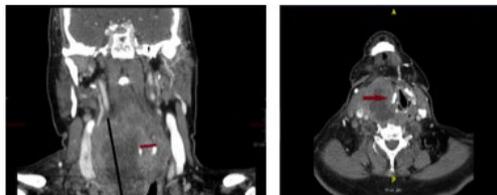


Figura 4. Corte coronal de cuello en TAC. Figura 5. Corte transversal en TAC Desviación traqueal (flecha).

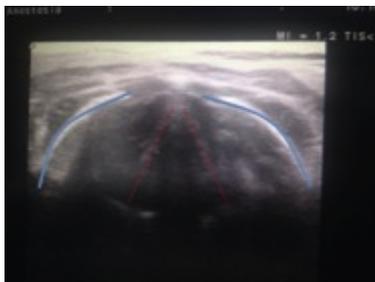


Figura 6. Vista fotográfica de la VAD cartílago tiroideos (azul) cuerdas vocales (rojo).

Siguiendo el protocolo establecido en nuestro hospital y de la Sociedad Madrileña de Anestesia para intubación con FBO en el paciente despierto, se realizó una preparación con topicalización de la vía aérea con anestésico local (combinación Lidocaína al 5% en nebulización durante 10min, Lidocaína en spray 5% y con cánula LMA-MADgic al 2%), con una duración de la preparación de 20 minutos y con control de dosis de

anestésicos locales. Se lleva la paciente a quirófano para realizar una Laringoscopia con Glidescope con la paciente despierta. Dado los predictores de VAD se realizó una laringoscopia con Glidescope con la paciente despierta, con buena tolerancia y mínima sedación para garantizar la ventilación espontánea y la colaboración de la paciente. Se visualizan estructuras de la VA superior y se identifica un Cormack-Lehane III/IV con una ligera desviación de la epiglotis hacia la izquierda. La paciente era portadora de una SNG desde la sala de urgencias que nos controlaba la ubicación de la entrada esofágica. Con la ayuda de la maniobra de BURP y el movimiento respiratorio de la epiglotis, se introduce un introductor de FROVA para guiar el tubo, logrando así la intubación de la paciente, confirmada posteriormente por capnografía (Figuras 7, 8 y 9).

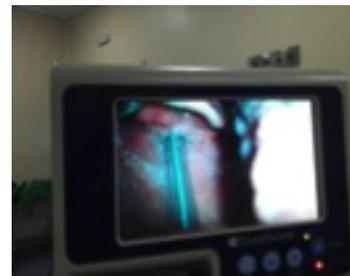


Figura 7. Laringoscopia óptimatrás BURP. Se visualiza SNG y cormack III.

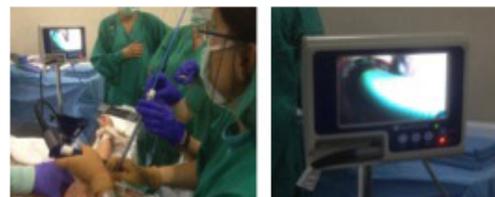


Figura 8. IOT con VLG+FROVA Figura 9. Paso IOT por la glotis.

La paciente estuvo despierta, con buena tolerancia y colaboración durante todo el procedimiento. Posteriormente se indujo a anestesia general sin incidencias. Se extuba en Rea a las

pocas horas de finalizar la intervención sin complicaciones.

Discusión

La intubación con FBO despierto es el "gold estándar" para el manejo de la VAD prevista; sin embargo con la aparición de los dispositivos ópticos de tipo videolaringoscopios a principios del siglo XXI, cada vez se utilizan más como primera opción, aunque preparemos el FBO por si falla dicho intento. Se han publicado estudios donde comparan el FBO con el VLG para intubación despierto en paciente con obesidad mórbida, y analizan el tiempo y éxito de intubación, la satisfacción del paciente y las incidencias de molestias orofaríngeas en el postoperatorio, sin encontrarse diferencias significativas y recomendando el uso a favor del Glidescope. ¿Podimos haber utilizado el FBO como primera opción en nuestra paciente? Desde luego la indicación era evidente, dado los predictores de VAD antes mencionados, pero la alternativa de un primer intento con un dispositivo como el Glidescope no parece despreciable, dado su buena visualización sin distorsionar las estructuras, fácil manejo (con cierta experiencia), más económico y duradero que el FBO y buena tolerancia por parte del paciente si se ha realizado una correcta preparación de la vía aérea.

Bibliografía

1. NAP4 Report and findings of the 4th national audit project of the royal college of anaesthetist. Major complications of airway

management in the United Kingdom. 2011 March; 18.

2. Abdellatif AA, Ali MA. GlideScope videolaryngoscope versus flexible fiberoptic bronchoscope for awake intubation of morbidly obese patient with predicted difficult intubation. Middle East J Anaesthesiol. 2014 Feb;22(4):385-92. [PubMed](#)
3. X. Onrubia, A. Lluch-Oltra, R. Armero, J. Baldó. Use of GlideScope for double lumen endotracheal tube insertion in an awake patient with difficult airway. Rev Esp Anes. [PubMed](#)
4. M. Mariscal, M.L. Pindado, M. Caro, Y. López, M.J. Navarro, E. Duro. Utilización del videolaringoscopio glidescope en un paciente despierto con síndrome de apnea obstructiva del sueño ml. Servicio de Anestesiología y Reanimación Hospital Universitario de Getafe. [Arydol.es](#).

Correspondencia al autor

Rossel Alina Mejia Arnaud

rosselmejia@gmail.com

Residente Anestesiología y Reanimación.

Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés. Madrid

[Publicado en AnestesiaR el 2 de marzo de 2016](#)