



Vía aérea difícil en un paciente propuesto para apendicectomía de urgencia

Difficult airway in a patient proposed for emergency appendectomy

Juan Karel Guzmán Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8502-6466>

Gisell Lidia Abreu Brioso² <https://orcid.org/0000-0003-1501-9399>

Félix Tassé Veranes¹ <https://orcid.org/0009-0003-0408-9831>

Yunierkys Riveron Acosta¹ <https://orcid.org/0000-0002-4191-3346>

David Alejandro Vargas Bullain¹ <https://orcid.org/0009-0001-6379-8211>

¹Hospital Militar Central “Dr. Luís Díaz Soto”. La Habana, Cuba.

²Hospital Docente Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: karelg@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La intubación difícil se define como la necesidad de 3 o más intentos para la intubación de la tráquea, o más de 10 minutos para conseguirla. Es de vital importancia el detectar a tiempo la presencia de una vía aérea difícil para trazar una estrategia con vistas a lograr la intubación del paciente.

Objetivo: Describir el manejo de un paciente portador de una vía aérea difícil que no se pudo intubar y fue necesario el uso de una máscara laríngea para su intervención quirúrgica.

Presentación de caso: Paciente de 25 años de edad traído al salón para ser operado de apendicitis aguda, este tenía signos de vía aérea difícil, por lo que se prepararon las condiciones para tratarlo, pero ni aun así se logró intubar, fue necesario poner una máscara laríngea y continuar el resto del transoperatorio.

Conclusiones: La vía aérea difícil, en ocasiones ni estando preparados, se puede lograr una intubación, lo que muchas veces constituye un riesgo enorme para el paciente y un verdadero desafío para el



anestesiólogo, el cual nunca debe enfrentarse solo a este tipo de situación, debe pedir ayuda oportunamente.

Palabras clave: apendicetomía; intubación; urgencia; vía aérea.

ABSTRACT

Introduction: Difficult intubation is defined as the need for 3 or more attempts to intubate the trachea or more than 10 minutes to achieve it. It is vitally important to detect the presence of a difficult airway in time to devise a strategy to achieve intubation of the patient.

Objective: To describe the management of a patient with a difficult airway who could not be intubated and the use of a laryngeal mask was necessary for his surgical intervention.

Case presentation: A 25-year-old patient was brought to the room to undergo surgery for acute appendicitis. He had signs of a difficult airway, so the conditions were prepared to treat him, but he was not even able to intubate, it was necessary to put a laryngeal mask and continue the rest of the procedure.

Conclusions: The difficult airway, sometimes not even being prepared, can intubation be achieved, which often constitutes an enormous risk for the patient and a real challenge for the anesthesiologist, who must never face this type of situation alone, he must ask for help in a timely manner.

Keywords: appendectomy; airway, intubation; urgency.

Recibido: 08/12/2023

Aprobado: 24/06/2024

INTRODUCCIÓN

La intubación difícil se define como la necesidad de 3 o más intentos para la intubación de la tráquea o más de 10 minutos para conseguirla, situación que ocurre entre el 1,5 % y el 8 % de los procedimientos de anestesia general.⁽¹⁾

<http://scielo.sld.cu>

<https://revmedmilitar.sld.cu>



Se considera vía aérea difícil aquella que condiciona una situación en la que el médico tiene dificultad con la ventilación con máscara facial y balón de reanimación, dificultad con la intubación endotraqueal o con ambas.⁽²⁾

Ventilación difícil es cuando existe dificultad para mantener una $\text{SatO}_2 > 90 \%$, ventilando a presión positiva intermitente con FiO_2 de 1.0 con mascarilla facial y balón de reanimación, en un paciente cuya saturación basal es mayor de 90% .⁽³⁾

Es importante detectar a tiempo la presencia de una vía aérea difícil para trazar una estrategia con vistas a lograr la intubación del paciente, además de dominar el uso de los dispositivos para su manejo, los cuales pueden ser sustitutos del tubo endotraqueal a la hora de realizar la cirugía.⁽⁴⁾

El objetivo de esta presentación es describir el manejo de un paciente portador de una vía aérea difícil que no se pudo intubar y fue necesario el uso de una máscara laríngea para su intervención quirúrgica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años de edad, de color de piel negra, delgado y con antecedentes de salud aparente, que es traído a la unidad quirúrgica con diagnóstico de apendicitis aguda.

Al interrogatorio no se detecta ningún signo de enfermedad, pero al examen físico sí se encontraron algunas características físicas, tales como desproporción entre manos, antebrazos y brazos, con manos muy pequeñas para su cuerpo, antebrazos largos y delgados, con brazos gruesos sin proporción ninguna en sus miembros superiores; además presentaba una boca pequeña con apenas apertura bucal, los incisivos inferiores con apariencia de caninos, con un test de Mallampati grado 4, y presentaba rigidez nugal. Por la premura del caso se dio inicio al acto anestésico quirúrgico; se comenzó por la inducción, no sin antes estar preparados para tratar una vía aérea difícil.

Se realiza una preoxigenación de aproximadamente 5 minutos para luego dar paso a la inducción anestésica con las siguientes drogas: atracurio 12,5 mg de precurarización, fentanil 300 microgramos, lidocaína 70 mg, propofol 150 mg y succinilcolina 100 mg.

Como se había previsto, a la laringoscopia directa se encontró un test de Cormack–Lehane grado 4, con el primer intento no se divisó ningún vestigio de la epiglotis y no se lograba ventilar con máscara, por lo



que se comenzó una serie de maniobras e intentos para detectar la vía aérea superior, que luego de mucho esfuerzo se logró visualizar una laringe muy pequeña, infantil, anterior, lateralizada hacia la izquierda. Con dificultad se logró canular la vía aérea con una bujía de Eichmann para luego tratar de pasar un tubo 7 a través de ella, algo que no fue posible, acto seguido se trató de poner un tubo 6, pero tampoco se logró.

Después de varios intentos de intubación y al estar el paciente en apnea, comienza a bajar la saturación de oxígeno de la hemoglobina, hasta llegar a valores de 40 %, por esta razón se procede a poner máscara laríngea número 4, la cual no se pudo colocar en la faringe por ser muy grande para este paciente, se intenta con una número 3 logrando colocarla, luego de insuflarla, constatar hermeticidad y una correcta ventilación del paciente, comienza la cirugía con este aditamento de abordaje de la vía aérea.

El resto del acto anestésico-quirúrgico transcurre sin dificultad, al terminar, ya con el paciente recuperado en la sala de cuidados postanestésicos se le explica lo sucedido, y la importancia de que, en caso de requerir una nueva intervención quirúrgica, debe comunicarle al equipo anestésico que él es portador de una vía aérea difícil, que no se pudo intubar en una ocasión por presentar una ventilación difícil, al ser casi imposible la ventilación con máscara.

COMENTARIO

Por regla, la anestesia general requiere intubación endotraqueal, la que es llevada a cabo mediante laringoscopia directa, el éxito de una ventilación con máscara y la intubación tiene una relación directa con el conocimiento de los detalles anatómicos de la vía de aire y de tener a disposición los dispositivos para su abordaje.⁽⁵⁾

Cuando el encargado de intubar el paciente tiene experiencia la intubación orotraqueal se realiza de forma rápida y sin dificultad; sin embargo, hay factores que pueden ensombrecer el procedimiento y resultar en una intubación difícil que es una de las causas más comunes de morbilidad en anestesia.⁽⁶⁾

Para los anestesiólogos es una preocupación permanente lo relacionado con el manejo de la vía aérea; debe ser un especialista en su manejo, de modo tal, que se le exige conocimiento y destreza que avalen



dicha especialización, a tal punto que no es precisamente la vía aérea difícil la causante de morbimortalidad, sino la falta de pericia y de experiencia, la premura del trabajo cotidiano, factores que en ocasiones hacen violar pasos del algoritmo de abordaje del paciente quirúrgico.⁽⁷⁾

Siempre contar con los recursos necesarios antes de comenzar un acto anestésico suele ser juicioso y evita complicaciones potenciales, además pedir oportunamente ayuda en caso de necesidad puede hacer la diferencia entre un perioperatorio satisfactorio y uno complicado.⁽⁸⁾

La vía aérea difícil generalmente se puede diagnosticar antes del acto anestésico- quirúrgico, pero en ocasiones ni aun estando preparados se puede lograr una intubación, lo que muchas veces constituye un riesgo enorme para el paciente y un verdadero desafío para el anestesiólogo, el cual nunca debe enfrentarse solo a este tipo de situación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales Gámez JL, Athié García JM, Cortes Barenque MF. Evaluación de la vía aérea difícil a través de ultrasonido con transductor lineal [Internet]. Acta médica Grupo Ángeles. 2022 [acceso: 08/11/2023]; 20(4):307-11. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/107113>
2. Guachamin Ronquillo DK, Quezada Miranda EL, González Mora SM. Alternativas a la intubación oro-traqueal ante una vía aérea difícil [Internet]. RECIMUNDO. 2020;4(1):26-38. DOI:10.26820/recimundo/4.(1).enero.2020.26-38
3. Molina Manrique. Vía Aérea Difícil [Internet]. [Tesis de grado]. España: Universidad de Zaragoza, Facultad de medicina; 2021. [acceso: 08/11/2023]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/111253>
4. Monduy-Mirabal D, Acosta Rodríguez A, Enríquez Palacios I, Massip Nicot J, Martínez Herrera M. Incidencia de la vía aérea difícil en el Hospital Universitario “General Calixto García” [Internet]. 2019 [acceso: 8/11/2023]; 7(3): 324-38. Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/400>



5. Pérez M T. Utilidad de los bloqueos regionales para intubación en pacientes despiertos con vía aérea difícil sometidos a anestesia general [Internet]. Boletín Médico de Postgrado. 2023 [acceso: 08/11/2023]; 39(1):33-41. Disponible en: <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/42646>
6. Abreu Brioso G L, Guzmán Martínez J K. Vía aérea difícil no prevista en paciente anunciada para cirugía de urgencia [Internet]. Rev cuba anesthesiol reanim. 2022 [acceso: 08/11/23]; 21(1):e758. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182022000100011&lng=es
7. Santiago Arízaga AL, Palacios Reinoso CS. Relación entre distancia pretraqueal y circunferencia del cuello como predictores de vía aérea difícil en pacientes con sobrepeso y obesidad [Internet]. [Tesis de Especialización en Anestesiología y Reanimación]. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de Medicina, Hospital José Carrasco Arteaga; 2020. [acceso: 08/11/2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/34125/1/TESIS.pdf>
8. Ayvar Coicca Y. Factores adversos relacionados a la aplicación de la lista de chequeo de cirugía segura en centro quirúrgico de dos hospitales Abancay [Internet]. [Tesis de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud]. Perú: Universidad “Cesar Vallejo”; Facultad de Ciencias Médicas; 2022. [acceso: 08/11/2023]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/92160>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.