

MANEJO DE VÍA AÉREA DIFÍCIL EN ESTENOSIS TRAQUEAL SEVERA SECUNDARIA A BOCIO MULTINODULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

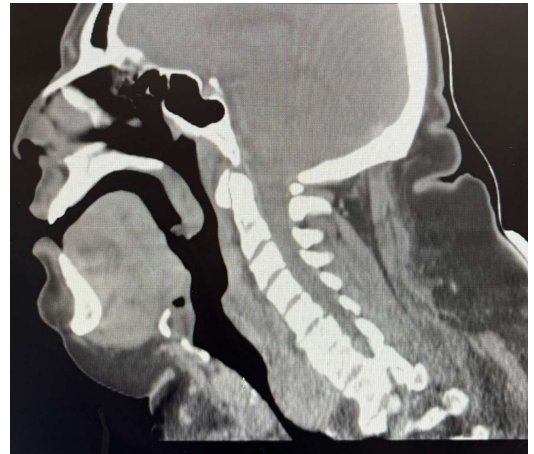
R. Rocamora, E. Salavert, P. Blasco, P. Belsa, F. Torregrosa, L. Serra, T. Vilalta, J.V. Llau
Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Doctor Peset.

INTRODUCCIÓN

El manejo de la vía aérea en pacientes con bocio de gran tamaño y estenosis traqueal supone un reto anestésico secundario a la alteración anatómica y el riesgo respiratorio que conlleva. La compresión traqueal puede limitar la eficacia de la videolaringoscopia. En este contexto, la intubación con fibrobroncoscopio en paciente despierto permite mantener la respiración espontánea y un manejo más seguro.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años (ASA III) programada para hemitiroidectomía derecha por bocio multinodular con extensión retrotraqueal y endotorácica, condicionando estenosis traqueal severa. Como antecedentes, destacan obesidad mórbida (IMC 50), SAHS grave en tratamiento con CPAP y asma. En TAC cervical preoperatorio se evidenció estenosis crítica traqueal con un diámetro mínimo de 2 mm. En la valoración de la vía aérea presentaba un Mallampati III, distancia interdental > 4 cm, distancia tiromentoniana < 6 cm y extensión cervical limitada. Se planificó intubación en ventilación espontánea mediante videolaringoscopia asistida por fibrobroncoscopio, con otorrinolaringología disponible en caso de traqueostomía de emergencia. La técnica se realizó con oxigenoterapia de alto flujo y TET 6 mm sin incidencias. La cirugía y el postoperatorio transcurrieron sin complicaciones. Previo a la extubación se comprobó la permeabilidad de la tráquea y se procedió a la educción sin problemas. Posteriormente la paciente ingresó en Reanimación con evolución favorable.



DISCUSIÓN

El manejo de la vía aérea en pacientes que presentan estenosis traqueal severa secundaria a bocio multinodular de gran tamaño constituye un reto anestésico a la hora de la intubación debido a la distorsión anatómica y el riesgo de compromiso respiratorio. En este caso, la estenosis crítica (2 mm) limitó la eficacia de la videolaringoscopia aislada, siendo clave la intubación asistida con fibrobroncoscopio manteniendo la respiración espontánea para un manejo seguro de la vía aérea. La planificación multidisciplinar entre anestesiología, otorrinolaringología y endocrinología fue determinante para anticipar dificultades, minimizar riesgos y garantizar un resultado favorable.

CONCLUSIONES

La intubación combinando videolaringoscopia y fibrobroncoscopia es una opción eficaz en anatomías complejas, aunque requiere mayor experiencia y recursos que cada técnica por separado. La experiencia del anestesiólogo, el cumplimiento de las guías actuales de manejo de la vía aérea difícil y el uso de protocolos estandarizados son fundamentales para el éxito. La planificación multidisciplinar y la anticipación de escenarios de emergencia son esenciales para reducir el riesgo perioperatorio.