

MANEJO VÍA AÉREA DIFÍCIL EN PACIENTE CARDÍOPATA AL QUE SE LE REALIZA HEMITIROIDECTOMÍA PROGRAMADA POR BOCIO MULTINODULAR

A. Bacete, S. Llopis
H. Universitario La Ribera

OBJETIVOS

Paciente de 78 años programado para hemitiroidectomía izquierda por bocio multinodular (BMN) de gran tamaño que ocasiona clínica de estridor por compresión y desplazamiento traqueal (tamaño traqueal 6mm) con altas probabilidades de abordaje quirúrgico mediante esternotomía media.



Como antecedentes personales el paciente además del BMN, presentaba una miocardiopatía dilatada no isquémica con FEVI deprimida, EPOC, SAHOS no portador de CPAP e hipertensión arterial.

Ante esta cirugía como anestesiólogos nos planteamos los siguientes objetivos a cumplir:

- Manejo vía aérea difícil por estenosis traqueal
- Dificultad de ventilación mecánica por tamaño insuficiente de tubo endotraqueal
- Monitorización del nervio laríngeo recurrente
- Mantenimiento de estabilidad hemodinámica en paciente cardíopata

MÉTODOS

Se decide la Intubación del paciente mediante fibrobroncoscopia despierto previamente habiendo topicalizado la vía aérea con lidocaína y mediante sedación con remifentanilo a dosis de 0,04mcg/kg/min. Además, ante la cardiopatía del paciente, se decide colocación de catéter arterial radial izquierda para monitorización invasiva de la tensión arterial, catéter venoso central periférico ante la posibilidad de uso de drogas vasoactivas, así como catéter venoso periférico de gran calibre.

Dado las altas probabilidades quirúrgicas de realizar esternotomía media se realiza bloqueo serrato bilateral con Levobupivacaína 0,375% 15ml por cada lado como analgesia postoperatoria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La IOT con fibrobroncoscopia despierto se lleva a cabo y se coloca TET 6.5mmHg

(tamaño traqueal de 6mm) con monitorización del nervio sin incidencias. Posteriormente se

administra 40mg Propofol junto a 100mcg fentanilo y se conecta a ventilación mecánica



según parámetros de protección pulmonar con FiO2 40% manteniendo SatO2 99% y buen intercambio gaseoso durante todo el procedimiento. La anestesia de mantenimiento se realiza mediante TIVA-TCI con propofol a 2,8mg/kg/h, remifentanilo a 0,08mcg/kg/min y ausencia de relajación muscular debido a la monitorización continúa del nervio laríngeo recurrente

A nivel hemodinámico se mantuvo estable, precisando únicamente tras la inducción un bolo de 6mg de efedrina por hipotensión arterial.

La cirugía se realiza finalmente sin esternotomía, el paciente se despierta con integridad de los nervios laríngeos recurrentes y es trasladado a la Unidad de Reanimación.

Ante este caso clínico concluimos que, como anestesiólogos debemos tener un plan de actuación bien definido y sobre todo, ante la presencia de una vía aérea difícil prevista y siendo necesaria una anestesia general, es recomendable una intubación con fibrobroncoscopio despierto habiendo realizado una buena topicalización de la vía aérea y con sedación mínima que permita la colaboración del paciente durante el procedimiento.