



VÍA AÉREA DIFÍCIL NO PREVISTA. UN RETO EN ANESTESIOLOGÍA

Ligia María Pérez Cubías; Jose Antonio Jiménez; Alfons Gómez Felices; César Botana

Hospital Universitario Vall D'Hebrón. Departamento de anestesiología, reanimación y terapia del dolor

Introducción: A pesar de contar con predictores clásicos de vía aérea difícil, los cuales en combinación pueden mejorar la detección de ésta, nos podemos encontrar con casos imprevistos por motivos poco comunes.

Caso clínico: Paciente de 59 años, con antecedente de hiperparatiroidismo primario localizado: nódulo mixto. Resección de paratiroides en marzo 2016 bajo sedación y anestesia local, sin incidencias.

Programado para reparación de hernia umbilical y hernioplastia inguinal en modalidad cirugía mayor ambulatoria. Predictores de Vía aérea: Mallampati II, apertura oral 3.5 – 5 cms, movimiento de cuello 80 – 100°, IMC 28, portador de bigote. Se valoró plan anestésico: anestesia general, Ventilación mecánica por dispositivo supraglótico. Tras inducción se observa dificultad para la ventilación, con necesidad de Presión pico elevada para conseguir un mínimo Volumen corriente, tanto con mascarilla facial como con Mascarilla laríngea. Se decide por ello intubación orotraqueal, observando Cormack I, con estrechamiento subglótico, intentando intubación con calibres descendentes de tubo orotraqueal, hasta tubo No. 6, siendo ésta imposible ante lo que se decide despertar al paciente.

Discusión: La vía aérea difícil puede convertirse rápidamente en una emergencia, aumentando la morbimortalidad en el paciente. Algunos enfoques sugieren valorar factores de complejidad que podrían añadir dificultad para el manejo de la vía aérea. Es de suprema importancia estar preparados en todo momento para actuar ante una vía aérea difícil de cualquier causa, así como hacer énfasis en medidas para optimizar resultados, como una adecuada preoxigenación y posición.