



ESTENOSI SUBGLÒTICA INADVERTIDA. A PROPÒSIT D'UN CAS.

Andrea Moreno; Raquel Labrada; Sheila Solsona; Jhon Rodriguez; Maria Luisa Martínez; Gracia Cardenas

Servei Anestesiologia i Reanimació

Dona de 76 anys, amb antecedents d'HTA, dislipèmia, obesitat i tuberculosi latent. Fou ingressada per a estudi mitjançant ultrasonografia endobronquial (EBUS) de múltiples nòduls al lòbul esquerre. Es va realitzar sedació amb infusió contínua de Propofol 0,25 mg/kg i remifentanil 0,025 mcg/kg/min. Oxigenoteràpia amb cànules nasals a 5 l/min i us d'una cànula VAMA per introduir el broncoscopi.

Com a descobriment casual, es va observar una estenosi subglòtica de grau I segons la classificació de Cotton i Myert. Una afectació poc comuna que sovint es deu a una intubació prolongada, en un 90% dels casos. Altres causes inclouen malalties granulomatoses, tumors traqueals, anomalies congènites i formes idiopàtiques. Els símptomes característics, com estrídol, sibilància i tos, apareixen inicialment amb l'esforç i posteriorment en repòs.

Malgrat les dificultats d'una via aèria difícil no prevista, el procediment es va realitzar sense complicacions degut al grau lleu d'estenosi. No obstant això, en cas de dificultat, s'hauria seguit l'algoritme establert per la SCARTD i s'hauria despertat el pacient per buscar el pla més segur i adequat per a ell.

Conclusions:

En pacients amb símptomes com estridor, tos crònica, fatiga i sibilància, sospitar de patologies de la Via Aèria Superior (VAD).

Si durant la intubació es troben dificultats al passar les cordes vocals i fer avançar el tub endotraqueal, cal sospitar d'una estenosi subglòtica.

Davant d'una VAD no prevista, sol·licitar ajuda, comunicar-ho a l'equip mèdic i seguir l'algoritme.

A més, proporcionar al pacient el carné de VAD per informar d'aquesta condició en futures intervencions quirúrgiques.