

## Uso de dispositivos supraglóticos en procedimientos de colocación de stent traqueal: ¿una alternativa segura a la broncoscopia rígida?

Nekane Romero-García, Antonio Vicente, Victora Felices, María Murcia, Marta Obiol, Mar Alvarado, Luis Hurtado-Palma.

### I.- Introducción

El manejo de la vía aérea en un paciente con estenosis traqueal para un procedimiento de colocación de stent traqueal supone un **reto importante** para el anestesiólogo. Entre los **objetivos** principales se cuentan:

- i) garantizar una **ventilación** adecuada en presencia de un segmento estenótico y
- ii) mantener una **profundidad anestésica** que permita suprimir los reflejos de vía aérea.

**Nuestro objetivo** es exponer las ventajas del uso de la mascarilla laríngea y la ventilación espontánea para garantizar un acceso seguro a la vía aérea.

### III.- Discusión

- La **inducción inhalatoria con sevoflurano** tiene la principal ventaja de prevenir el colapso de la luz que es propio de las obstrucciones de vía aérea intratorácica con la pérdida de la ventilación espontánea

- La **mascarilla laríngea** tiene como ventajas frente al uso del broncoscopio rígido: menor traumatismo de vía aérea, la posibilidad de evitar la relajación neuromuscular y la opción de una ventilación más fisiológica que la ventilación de alta frecuencia con Manujet.

- ⇒ Se realizó una inducción inhalatoria con sevoflurano a altas concentraciones (Fi 8%) además de opioide (fentanilo 50 mcg), se colocó una mascarilla laríngea Ambu 5 y se instrumentó la vía aérea a través de la misma. Se realizó una ventilación de alta frecuencia con el respirador Maquet con FiO2 al 100%, no produciéndose episodios de desaturación <94% en ningún momento. (Figura 2)
- ⇒ Se administró una dosis de relajante muscular (rocuronio 20mg) tras haberse introducido la guía de la prótesis, con lo que disponíamos de un dispositivo de rescate de la vía aérea (Figura 3).
- ⇒ La paciente fue correctamente extubada en quirófano tras reversión del bloqueo neuromuscular

### II.- Presentación

Nuestra paciente es una mujer de 45 años con un **adenocarcinoma de pulmón en estadio IV** con **invasión traqueal**, que condiciona una **estenosis con una luz remanente de 7mm**, como se muestra en el TC (Figura 1). Se interviene para colocación endoscópica de stent traqueal Leufen Aerstent como tratamiento sintomático de la disnea.

⇒ Respecto a la **inducción anestésica**, se plantearon las opciones de:

- i) inducción intravenosa con **relajación neuromuscular de corta acción** con succinilcolina,
- ii) de **larga acción** con rocuronio y disponibilidad de un **reversor**,
- iii) **inhalatoria** manteniendo la ventilación espontánea.

⇒ Como **dispositivo de vía aérea**, se plantearon tres opciones:

- 1) **Mascarilla laríngea (ML)** preformada Ambú 5 (previa comprobación de diámetro interno 9.0, suficiente para el paso del material quirúrgico) y ventilación de alta frecuencia.
- 2) **Broncoscopio rígido** (en caso de que la ventilación por encima de la estenosis fuese adecuada) y ventilación en jet.
- 3) **Tubo endotraqueal** de tamaño 6.0/5.5 a través de la estenosis (en caso de que la ventilación fuese inadecuada, como puente a la decisión).

### Conclusiones

Este caso expone un ejemplo de uso seguro de dispositivos supraglóticos para procedimientos de estenosis de vía aérea y sirve para recordar las ventajas y desventajas de los distintos abordajes de vía aérea y las posibilidades de ventilación mecánica asociadas a los mismos.

**Figura 2.** Visualización de la estenosis traqueal por fibrobroncoscopia a través de la ML.

**Figura 3.** Prótesis desplegada.

