

Vía aérea en el paciente con paladar hendido: presentación de un caso

Airway in a patient with cleft palate: a case report

Dr. Francisco Colmenares Sancho; Dr. José Antonio Pozo Romero; Dra. Maria Elena Paneque Pocio; Dra. Zaily Fuentes Díaz; Dr. Orlando Rodríguez Salazar

Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Fundamento: el paladar hendido es un defecto congénito de las estructuras que forman la bóveda palatina, y es característico por una hendidura o apertura en el paladar superior.

Objetivo: describir el manejo de la vía aérea en el paciente con paladar hendido.

Caso Clínico: se presenta un caso, sobre el manejo de la vía aérea de un paciente con paladar hendido tipo IV de 45 años, que se anunció para tratamiento quirúrgico electivo con el diagnóstico de tumor de sigmoide, en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech.

DeSC: FISURA DEL PALADAR; VALOR PREDICTIVO DE LAS PRUEBAS; ANOMALÍAS MUSCULOESQUELÉTICAS; ADULTO; NEOPLASIAS DEL COLON SIGMOIDE; ANESTESIA/métodos; ESTUDIOS DE CASOS.

ABSTRACT

Background: cleft palate is a congenital defect of structures that form the palatal vault, and it is characterized by an aperture or opening in the upper palate.

Objective: to describe the handling of the airway in a patient with cleft palate.

Clinical case: a case of a patient with type IV cleft palate of 45 year-old was presented, with diagnosis of sigmoid tumor, who was approached the airway for elective surgical treatment at the Teaching Hospital Manuel Ascunce Domenech.

DeCS: CLEFT PALATE/surgery; PREDICTIVE VALUES OF TESTS; MUSCULOSKELETAL ABNORMALITIES; ADULT; SIGMOID NEOPLASM; ANESTHESIA/methods; CASE STUDIES.

INTRODUCCIÓN

El paladar hendido es un defecto congénito de las estructuras que forman la bóveda palatina, y es característico por una hendidura o apertura en el paladar superior.¹ Durante el desarrollo fetal la boca se forma durante los primeros tres meses del embarazo. En este tiempo, las partes del paladar superior y el labio superior normalmente se unen.^{2, 3}

La incidencia del paladar hendido es de 1:2500. Puede o no estar asociada con la presencia de labio hendido o leporino. El paladar hendido solo, tiene mayor incidencia en las mujeres; en relación a la raza la presencia en caucásicos es 1:1000, asiáticos 1:500 y en la raza negra 1:2000. La clasificación de las hendiduras fue descrita primero por Veau en 4 estadios: 1-hendidura del paladar blando, 2-hendidura del paladar blando y duro, 3-hendidura unilateral completa y 4-hendidura completa. La deformidad puede ser pequeña o tan amplia que puede involucrar el piso nasal y exponer las cavidades orales, nasales o ambas. Este tipo de malformación congénita es una causa de vía aérea difícil.^{4, 5}

La American Society of Anesthesiologists (ASA) define la vía aérea difícil como: la situación clínica en la que un anestesiólogo con experiencia tiene dificultades para la ventilación con mascarilla, la intubación traqueal o ambas a la vez. Intubación traqueal difícil es cuando se necesitan más de tres intentos o se requieren más de 10 minutos para la intubación con un laringoscopio convencional. Esta última definición de la ASA se modificó por otros autores, los cuales la definieron como aquella situación en la es necesario hacer más de dos intentos con una misma pala, o se cambia de pala, o se necesita un fiador para el tubo endotraqueal o se utiliza un sistema alternativo.^{5, 6}

En nuestro país se corrige el defecto del paladar hendido en los primeros días del nacimiento, por lo que es muy raro encontrar pacientes no operados de esta deformidad en la práctica diaria.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 45 años, raza negra que refiere antecedentes de salud. Se le realiza la consulta de preanestesia, ya que está propuesto tratamiento quirúrgico electivo por tumoración del sigmoide y al examen físico se detecta el paladar hendido tipo IV.

Historia de Anestesia: Anestesia Local para extracciones dentarias, sin complicaciones.

Examen Físico

Aparato Respiratorio: Murmullo vesicular audible, no preciso estertores Fr. 14/ minutos.

Aparato Cardiovascular: Ruidos Cardiacos rítmicos y bien golpeados, no soplos. Fc: 74/ minutos TA: 120/70mmHg

Boca: Se detecta defecto congénito de paladar hendido tipo IV.

Apertura bucal: 5cm

Test Mallampaty (predictivo para intubación difícil): Grado I. Se visualizan el paladar blando, las fauces, la úvula y la faringe.

Análítica sin alteraciones, electrocardiograma y radiografía de torax normales.

La premedicación con midazolam 5mg, se administra en la sala de cuidados preoperatorios, 30min antes de realizar la inducción de la anestesia. (Figura1)



Figura 1. Paciente con paladar hendido tipo IV

Tener el material adecuado es el primer paso para asegurar el éxito en la intubación. Se prepararon diferentes opciones para el control de la vía aérea: cánulas orofaríngeas, espátulas (adultos) para laringoscopia, con formas recta y curva, máscaras laríngeas (modalidades Fastrach y Proseal), introductores metálico y plástico (boggie). Se incluyó un detector portátil de CO₂ espirado. (Figura 2)



Figura 2. Dispositivos para abordar la vía aérea

Posteriormente en el quirófano se preoxigenó a la paciente con oxígeno al 100 % a través de máscara facial, se le administró propofol a (1,5mg/kg de peso) como hipnótico, seguido por una dosis de succinil colina (1mg/kg de peso), para producir relajación muscular, facilitar la laringoscopia y la intubación endotraqueal. Se empleó un paquete de gasa para obturar el defecto y así evitar que la hoja de laringoscopio se introduzca en éste y lo lesione. Se introdujo el laringoscopio cuidadosamente para evitar traumatismos y facilitar la intubación. Se utilizó la hoja de laringoscopio curva que permite una mejor visualización en adultos de las cuerdas vocales.

Se efectuó intubación endotraqueal, de forma rápida y fácil, al primer intento, se colocó un tubo endotraqueal número 8mm, se insufló cuff con 5ml de aire y se procedió a comprobar la correcta colocación del tubo endotraqueal por inspección de la expansibilidad torácica, auscultación de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares y detección del CO₂ espirado. Se fijó el tubo con un vendaje para evitar la extubación accidental. Se colocó protección ocular. Se ventiló con oxígeno al 100 % durante 15min y se administran las dosis requeridas de analgésicos opioides (fentanilo) y relajante muscular no despolarizante de acción intermedia (vecuronio). La operación duró 1h y 30min, las pérdidas hemáticas fueron menores del 10 % de la volemia por lo que se repusieron con cristaloides.

Se monitorizó la presión arterial no invasiva, sistólica, diastólica y media, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno, CO₂ espirado, derivación DII del electrocardiograma, sin variaciones, la paciente salió con signos de recuperación del salón de operaciones, y se extubó sin dificultad. A los siete días egresó recuperada y sin complicaciones en el postoperatorio.

DISCUSIÓN

El paladar hendido es un defecto congénito de las estructuras que forman la bóveda palatina, y es caracterizado por una hendidura o apertura en el paladar superior. La deformidad puede ser pequeña o tan amplia que puede involucrar el piso nasal y exponer las cavidades orales, nasales o ambas. Este tipo de malformación congénita es causa de vía aérea difícil. Definiéndola como aquella situación en la que es necesario hacer más de dos intentos con una misma pala, o se cambia de pala, o se necesita un fiador para el tubo endotraqueal o se utiliza un sistema alternativo. En nuestro país se corrige el defecto del paladar hendido en los primeros días del nacimiento, por lo que es muy raro encontrarnos pacientes no operados de esta deformidad en nuestra práctica diaria, siendo catalogado el caso como vía aérea difícil apoyados en los test predictivos.^{7, 8}

Por lo que historia clínica detallada, exploración física del paciente nos ayudará a detectar cualquier variedad de paladar hendido. Permitiendo un planteamiento adecuado de la técnica anestésica y prevenir las probables complicaciones las que enfatizamos a continuación:

1. Dificultad a la ventilación y/o intubación endotraqueal.
2. Traumatismos en la cavidad oral durante la laringoscopia y/o la intubación endotraqueal.
3. Desplazamiento de la sonda hacia el bronquio principal o extubación accidental del paciente, así como por una mala fijación de la sonda.
4. Lesiones corneales por mala protección o falta de protección ocular
5. Arritmias por sensibilización exógena a las catecolaminas.
6. Dolor buco-faríngeo postoperatorio.^{9, 10}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Motha O.Optimal Timing for pediatric surgical procedure.Indian Pediatrics 2007;39:648-53.
- 2.Butler MG,Hayes BG,Hathaway MM,Begleiter ML.Specific Genetic Diseases at risk for sedation/anesthesia complications Pediatric Anesthesia.Anesth Anal 2006;91:4-9.
- 3.Hatch DJ.Airway management in cleft lip and palate surgery.Brit J Anaesth 2006;76:755-6.
- 4.Gunawardana RH.Difficult Laryngoscopy in cleft lip and palate surgery.Brit J Anaesth 2007;76:757-9.

- 5.Takemura H,Yasumoto K,Toi T,Hosoyamada A.Correlation of cleft type with incidence of perioperative respiratory complications in lip palate.Paed Anaesth 2007;34(7):585-8.
- 6.Silk JM,Hill HM,Calder I.Difficult intubation and the laryngeal mask.Eur J Anaesthesiol 2007;21(4):47-51.
- 7.Rosenblatt WH.The Use of the LMA-ProSeal! in Airway Resuscitation.Anesth Analg 2008;97:1773-5.
- 8.Dierdorf SF.Airway expert or expert in airway management?.Current Opin Anaesth 2009;45(1):321-2.
- 9.Brimacombe J,Keller C,Fullekrug B.A multicenter study comparing the ProsealTM and ClassicTM laryngeal mask airway in anesthetized, nonparalyzed patients.Anesthesiology 2007;31(5):289-95.
- 10.Ahmed AB,Nathanson MH,Gajraj NM.Tracheal intubation through the laryngeal mask airway using a gum elastic bougie: the effect of head position.J Clin Anesth 2007;13:427-9.

Recibido: 1 de octubre de 2009

Aprobado: 9 de marzo de 2010

Dr. Francisco Colmenares Sancho. Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Master en Urgencias Médicas. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba