

USO DE AIRTRAQ® EN PACIENTE CON EXTENSION CERVICAL LIMITADA

INTRODUCCION

La intubación orotraqueal es una maniobra de rutina para los anestesiólogos, pero no por ello está exenta de riesgos. El novedoso laringoscopio Airtraq® (Prodol Meditec, Spain) se ha convertido en un elemento a tener en cuenta en todos los algoritmos de vía aérea difícil (VAD). Su fácil aprendizaje y sencillo manejo, incluso en profesionales no expertos^(1,2,3) lo convierten en un práctico dispositivo en muchas situaciones de manejo de la vía aérea. No obstante, pueden surgir ciertas complicaciones

CASO CLINICO

Varón de 78 años diagnosticado de espondilitis anquilosante (EA), programado para colectomía total por neoplasia. Sin antecedentes de anestésicos generales previas. A la exploración destaca una mínima movilidad para la flexo-extensión cervical (<30°). La apertura bucal era aceptable (3-4 cm), la distancia tiro-mentoniana era de 6 cm y el grado de Mallampati-Samsoon-Young era III. Fue considerado como un caso de probable VAD, y como tal, se preparó el material necesario recogido en un carro de intubación difícil.

Tras la inducción anestésica y relajación con succinilcolina, se introdujo el Airtraq® consiguiéndose una excelente visualización de la glotis. Se deslizó un tubo orotraqueal (TOT) de 8 mm de diámetro interno y se comprobó su correcto posicionamiento entre las cuerdas vocales a través del visor. Al comenzar con la ventilación mecánica se detectó una importante fuga aérea por daño del balón de neumotaponamiento del TOT, en probable relación con la maniobra de deslizamiento del mismo a través del canal del Airtraq® debido a una insuficiente lubricación. Se colocó un nuevo TOT del mismo tamaño correctamente lubricado, consiguiéndose una intubación exitosa sin necesidad de realizar una hiperextensión cervical.

DISCUSIÓN

Los pacientes con EA pueden presentar serios problemas de ventilación y/o intubación traqueal debido a diversos factores⁽⁴⁾: movilidad limitada o fijación de la columna cervical por afectación de la articulación atlantoccipital, limitación de la apertura bucal por daño de la articulación temporomandibular, estenosis y parálisis de las cuerdas vocales por fallo de la articulación cricoaritenoides, gran cifosis torácica, neumopatía restrictiva con menor tolerancia a la apnea y posibilidad de fracturas vertebrales cervicales.

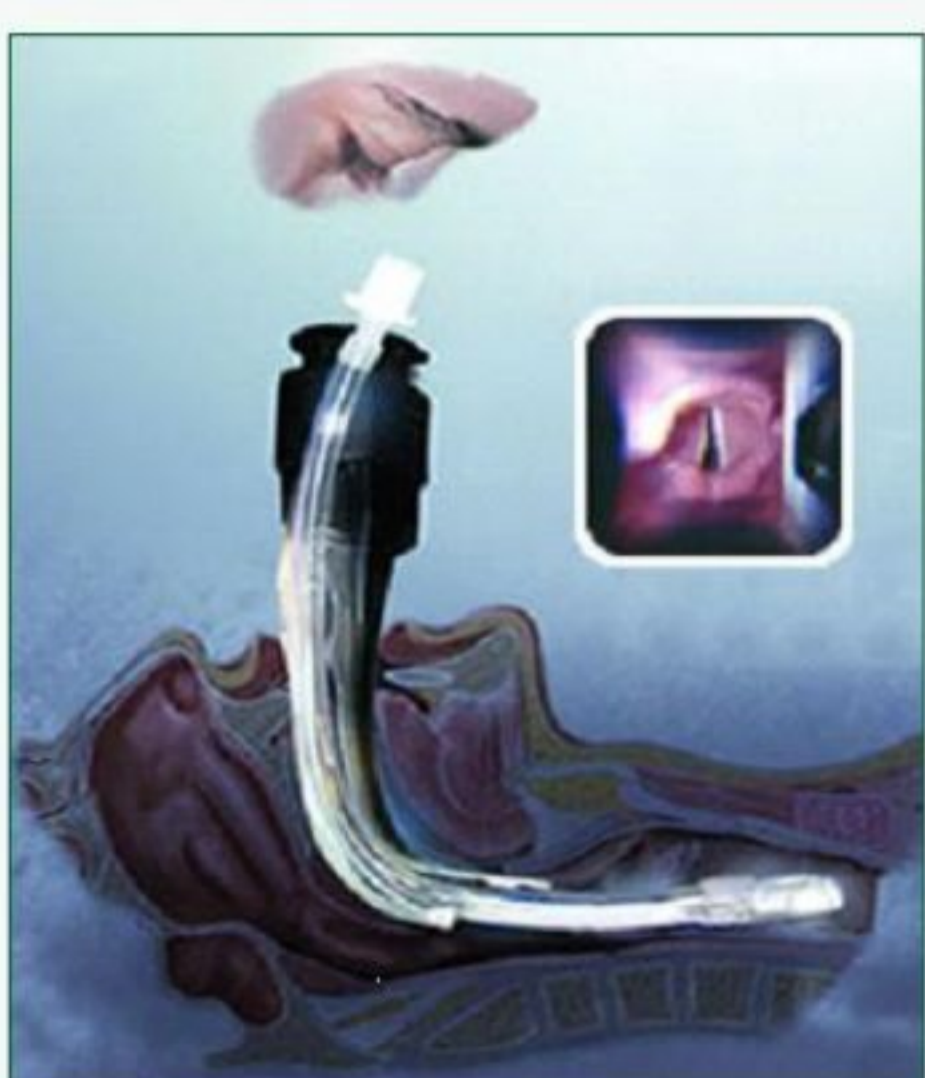
Airtraq® es un nuevo dispositivo monouso para el manejo de la vía aérea que permite la visión directa durante la maniobra de intubación. Consta de dos canales: uno óptico, conformado por el visor, un juego de prismas y una resistencia con función anti-vaho para evitar el empañamiento de la pantalla, y otro, el canal guía para la colocación y deslizamiento del TOT^(1,2). Es de vital importancia el uso de un TOT de tamaño adecuado (7-8,5 para Airtraq® Nº 3 y 6-7,5 para Airtraq® Nº 2) y dotar al mismo de la lubricación necesaria para evitar imprevistos como el pinchazo del balón de neumotaponamiento.

Su fácil manejo y rápido aprendizaje, lo convierten en un utensilio apto para profesionales con escasa experiencia en el manejo de la vía aérea^(1,2), así como su uso en urgencias extrahospitalarias, ya que facilita la intubación en complicadas posiciones. Es especialmente útil su uso en pacientes con lesión cervical, ya que no es preciso hiperextender el cuello para lograr la intubación⁽⁵⁾. En el caso presentado, la movilidad cervical limitada no fue un obstáculo para conseguir una correcta intubación con el Airtraq®.

Se ha comprobado una menor respuesta simpática en las maniobras de laringoscopia e intubación, lo cual puede ser beneficioso en pacientes hemodinámicamente inestables⁽³⁾.

También se ha empleado con éxito en unidades de cuidados intensivos en la valoración de pautas de extubación, disminuyendo uno o dos grados en la escala de laringoscopia directa de Cormack-Lehane incluso en grados III y IV ya conocidos⁽⁶⁾.

En todo paciente con VAD conocida o imprevista, el anestesiólogo debe tener los conocimientos del material disponible y destrezas suficientes para evitar que surjan problemas y evitarlos en su caso.



POSIBLES VENTAJAS DEL AIRTRAQ®

- Óptima visión anatómica durante todo el proceso de intubación.
- Fácil uso y aprendizaje.
- Utilidad en emergencias extrahospitalarias.
- Valorable en maniobras de destete/extubación.
- Posibilita la intubación en distintas posiciones del paciente.
- No requiere hiperextensión del cuello: útil en pacientes con lesiones cervicales y/o cuello inmovilizado.
- Posibilidad de intubación guiada por fibroscopio.
- Apto para maniobras de secuencia rápida.
- Mínimos cambios hemodinámicos durante la laringoscopia-intubación.
- Tamaños pediátricos (en estudio).

Bibliografía

1. Maharaj CH, Higgins BD, Harte BH, Laffey JG. Evaluation of intubation using Airtraq or Macintosh laryngoscope by anaesthetists in easy and simulated difficult laryngoscopy-a manikin study. *Anaesthesia* 2006; 61:469-477.
2. Maharaj CH, Costello JF, Higgins BD, Harte BH, Laffey JG. Learning and performance of tracheal intubation by novice personnel: a comparison of the Airtraq and Macintosh laryngoscope. *Anaesthesia* 2006; 61:671-677.
3. Maharaj CH, O'Croinin D, Curley G, Harte BH and Laffey JG. A comparison of tracheal intubation using the Airtraq or the Macintosh laryngoscope in routine airway management: a randomised, controlled clinical trial. *Anaesthesia* 2006; 61: 1093.
4. Gil S, Jamart V, Borrás R, Miranda A. Manejo de la vía aérea en un paciente con espondilitis anquilosante. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2007; 54: 128-131.
5. De Lucas García N, Da Silva López D. Intubación mediante laringoscopio Airtraq en pacientes politraumatizados: primeras experiencias de un servicio de emergencias prehospitalario. *Revista Electrónica de Medicina Intensiva* 2006; 6: A49.
6. Mort TC. Laryngoscopy vs. Optical Stylet vs. Optical Laryngoscope (Airtraq) for extubation evaluation. *Anesthesiology* 2006; 105: A823.