



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



INFORMACIONES CLÍNICAS

Quiste Valecular Asintomático: Relato de Caso

Yucel Yuce*, Sennur Uzun, Ulku Aypar

Departamento de Anestesiología y Reanimación, Facultad de Medicina, Hacettepe University, Ankara, Turquía

Artículo sometido el 7 de febrero de 2013; aceptado el 25 de marzo de 2013

DESCRIPTORES

ANATOMIA, Epiglotis
COMPLICACIONES,
Intubación Endotraqueal
Enfermedades de la
Laringe
Quistes

Resumen

Un paciente del sexo masculino, de 56 años, llegó para una resección de glioblastoma intracraneal multiforme. Posteriormente a la rutina de monitorización, el paciente fue pre-oxygenado. La anestesia y la parálisis se indujeron con propofol (200 mg), fentanilo (50 µg) y vecuronio (9 mg). La laringoscopia directa con lámina 3 Macintosh arrojó un quiste pedunculado de 2x2 cm que surgía al lado derecho de la valécula e impedía la intubación endotraqueal. Mientras el paciente permanecía anestesiado, consultamos rápidamente un otorrinolaringólogo y el quiste fue aspirado por una jeringa con una aguja calibre 22G bajo laringoscopia directa. Aspiramos 10 cc de líquido. La intubación traqueal se hizo enseguida sin interurrencias con una sonda de 9,0 y un alambre en espiral y con balón. Una opción para la intubación con fibra óptica puede ser la aspiración cuidadosa del quiste para facilitar la intubación.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

Introducción

Los quistes de la laringe son raros y generalmente siguen un curso benigno. Pueden venir acompañados por una obstrucción aguda de las vías aéreas por la naturaleza de su ubicación. Los quistes de laringe fueron previamente relatados en la literatura anestesiológica.¹

Los quistes de laringe han venido siendo estudiados y clasificados de acuerdo con el tamaño, la localización, el contenido y la relación con la mucosa laríngea. Los quistes ductales (quistes de retención de moco), son el tipo más común de quistes de laringe y son los responsables del 75% de los casos. Se forman por la distensión colectiva de

los ductos glandulares obstruidos. Los quistes saculares, que responden por los otros 25% de los casos, surgen a partir del sáculo, una extensión del ventrículo. Ellos pueden causar síntomas respiratorios y extender el pliegue ariepiglótico.^{2,3} Los quistes ductales son generalmente pequeños, cerca de 1-5 mm de diámetro, y muchas veces son asintomáticos.² El descubrimiento es casi siempre incidental durante el examen otorrinolaringológico de rutina o *post-mortem*.¹

La incidencia exacta de quistes laríngeos se desconoce, pero se estima que sea baja.³ No existe una predominancia de sexo y puede ocurrir en cualquier franja etaria, pero una prevalencia mayor en la quinta y sexta décadas de vida se ha venido observando. La localización más común de quistes

*Autor para correspondencia. Department of Anaesthesiology and Reanimation, Faculty of Medicine, Hacettepe University, Sıhhiye, Ankara, Turkey.

E-mail: dryyuce@gmail.com (Y. Yuce)

2255-4963/\$ - see front matter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2013.03.018>

ductales es en los pliegues vocales verdaderos. La segunda localización más común es en las proximidades de la epiglotis, en la superficie de la lengua o en la propia valécula.^{2,3}

Aunque sean generalmente asintomáticos, ocasionalmente los quistes pueden causar síntomas de estridor y déficit de crecimiento, tos, disfonía, sensación de cuerpo extraño en la garganta y disfagia.⁴

Relato de caso

Paciente del sexo masculino, de 56 años, que llegó para una resección de glioblastoma multiforme intracraneal. El paciente no tenía otros problemas de salud, excepto por disnea hacía ya varios años, y fue examinado en el departamento de enfermedades torácicas. Antes de la operación, se hizo una prueba de función respiratoria obteniendo los siguientes resultados: CVF = 4,11 L (87%), VEF1 = 2,78 L (74%), VEF1/CVF = 87%. Un inhalador ventolin estaba a disposición para su uso cuando fuese necesario. No administramos ningún otro medicamento. El paciente no había recibido anestesia en ninguno de los procedimientos anteriores.

El paciente medía 172 cm con 85 kg; su abertura de boca y la extensión del cuello eran normales. No observamos ninguna masa o distorsión de la lengua o del cuello. La auscultación pulmonar reveló sonidos normales.

Después de la monitorización de rutina, el paciente fue pre-oxigenado. La anestesia y el bloqueo neuromuscular se indujeron con propofol (200 mg), fentanilo (50 µg) y vecuronio (9 mg). La laringoscopia directa con lámina Macintosh número 3 arrojó un quiste pedunculado de 2x2 cm. El quiste oscurecía completamente la visión de la epiglotis y de la laringe e impedía la intubación, pese a los dos intentos hechos por dos anestesiólogos que usaron una lámina Macintosh número 3, aumento de la extensión del cuello y presión cricoides. Para evitar una reducción de la saturación de oxígeno (SaO₂), el paciente fue ventilado vía mascarilla facial. Mientras el paciente permanecía anestesiado, un otorrinolaringólogo fue consultado y el quiste fue aspirado con una aguja de calibre 22G bajo laringoscopia directa. Aspiramos 10 cc de líquido y enseguida, procedimos a la intubación endotraqueal con una sonda de 9,0, en espiral y con balón.



Figura 1 Quiste vallecular.

Discusión

En este relato de caso, un quiste vallecular asintomático se descubrió durante la inducción de anestesia general, lo que dificultó la intubación. El paciente no tenía síntomas y el examen de sus vías aéreas era normal. Además de eso, sus registros anestésicos y las historias clínicas hospitalarias también eran normales (fig. 1).

Cuando la anestesia general se inducía en un paciente y surgen dificultades para la intubación, es importante mantener la oxigenación y la ventilación. Esos procedimientos se hicieron en nuestro paciente con mascarilla facial y oxígeno al 100%. En caso de intubación difícil, los repetidos intentos de laringoscopia deben ser evitados para prevenir la hemorragia y el edema. En el caso de que el paciente no pueda ser intubado o ventilado por mascarilla, entonces se da la situación de “no puede ventilar, no puede intubar” (NVNI) y deben ser inmediatamente instituidas maniobras de rescate. Ese no fue el caso en nuestro relato porque rápidamente transferimos la intubación a las manos de un anestesiólogo con más experiencia y un cirujano otorrinolaringólogo cuidó al paciente durante la ventilación con mascarilla.

El Algoritmo de Abordaje de Vía Aérea Difícil de la Sociedad Norteamericana de Anestesiología pone la mascarilla laríngea (ML), el tubo de duplo lumen esófago/tráquea (Cumbitube) y la ventilación a chorro transtraqueal (VJTT), como siendo las soluciones no quirúrgicas apropiadas para una situación de NVNI.⁵ En el caso de quiste laríngeo, las dos primeras opciones pueden fallar en la resolución del problema, porque ambas son dispositivos de ventilación supraglóticos. Además, como esos dispositivos se insertan ciegamente en las vías aéreas, pueden causar la ruptura del quiste o de sus vasos sanguíneos, lo que traería como resultado el sangramiento y la aspiración. La solución, por tanto, sería hacer avanzar el dispositivo ventilatorio más allá de la lesión por VJTT o intervención quirúrgica. Aunque la traqueotomía de urgencia se hay descrita anteriormente como un abordaje en el caso de obstrucción de la epiglotis por quiste,⁶ todos los relatos de casos en los cuales se descubrieron quistes durante la anestesia, fueron tratados con el uso de técnicas no quirúrgicas. En nuestro caso, el quiste fue aspirado a través de la jeringuilla con una aguja de calibre 21, lo que mostró ser un método seguro para solucionar el problema.

Un otorrinolaringólogo fue consultado, mientras el paciente permanecía anestesiado, para que pudiésemos retirar el quiste antes de la intubación. Eso evitó el riesgo de obstrucción de las vías aéreas después de la desintubación. Este caso ciertamente sería tratado de forma diferente se tuviésemos conocimiento de la situación antes de la inducción anestésica. Una opción lógica habría sido la intubación con fibra óptica en paciente despierto o la retirada previa del quiste por un otorrinolaringólogo antes de la operación principal.

El quiste vallecular asintomático en nuestro paciente, que diagnosticamos durante la inducción de la anestesia general, nos causó dificultades para la realización de la laringoscopia y la intubación traqueal. Frente a esa condición rara, el manejo de las vías aéreas depende de la posibilidad de mantener la ventilación y la oxigenación. Si esa posibilidad se obtuvo con el retorno del paciente a la ventilación espontánea, una intubación traqueal guiada por fibra óptica puede ser una primera opción de abordaje más segura. El

paciente debe ser despertado porque el regreso a la ventilación espontánea facilita la exposición de la laringe a la fibra óptica. Nosotros drenamos el quiste con una aguja espinal calibre 22, posibilitando la retirada del obstáculo localizado delante de los pliegues vocales, y la intubación endotraqueal pudo realizarse fácilmente con el uso de un laringoscopio Macintosh después del drenaje del quiste. Creemos que ese puede ser un abordaje más seguro para lidiar con un quiste que la intubación con fibra óptica.

Agradecimientos

Nos gustaría agradecerle a la enfermera anestesista Ebru Kaya por la ayuda prestada durante el manejo del caso.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.

Referencias

1. Mason DG, Wark KJ - Unexpected difficult intubation. Asymptomatic epiglottic cysts as a cause of upper airway obstruction during anesthesia. *Anaesthesia*. 1987;42:407-410.
2. De Santo L, Devine K, Weiland L - Cysts of the larynx - Classification. *Laryngoscope*. 1970;80:145-176.
3. Arens C, Glanz H, Kleinsasser O - Clinical and morphological aspects of laryngeal cysts. *Eur Arch Otorhinolaryng*. 1997;254:430-436.
4. Oluwole M - Congenital vallecular cyst: a cause of failure to thrive. *Br J Clin Prac*. 1996;50:170.
5. Practice guidelines for management of the difficult airway. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. *Anesthesiology*. 1993;78:597-602.
6. Henderson LT, Denney JC 3rd, Teichgraeber J - Airway-obstructing epiglottic cyst. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1985;94:473-476.