

5. Rodgers A, Walker N, Schug S, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. *BMJ*. 2000;321:1493.

Serdar Kokulu^{a,*}, Remziye Gül Sivaci^a, Gürhan Öz^b, Elif Doğan Baki^a, Hasan Şenay^a y Yüksel Ela^a

^a *Departamento de Anestesiología, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquía*

^b *Departamento de Cirugía Torácica, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquía*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: serdarkokulu@yahoo.com (S. Kokulu).

Disponible en Internet el 25 de mayo de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.06.011>

¿La posición puede interferir en el éxito de la intubación endotraqueal en los obesos?

Sr. Editor:

Hemos leído con mucho interés el artículo *Uso de predictores clínicos sencillos en el diagnóstico preoperatorio de dificultad de intubación endotraqueal en pacientes obesos*, en donde se relató una correlación significativa entre la apnea obstructiva del sueño y la intubación difícil en pacientes obesos¹.

1. La posición del paciente durante la laringoscopia es un factor importante para determinar el éxito de la intubación traqueal. En el presente estudio, los autores no especificaron la posición de los pacientes obesos durante el intento de laringoscopia e intubación endotraqueal. El uso de la posición de rampa mostró mejorar la visión durante la laringoscopia y la tasa de éxito de la intubación en comparación con la posición olfativa (sniffing) estándar en pacientes obesos². Neligan et al. relataron en su estudio que la apnea obstructiva del sueño no es un predictor de riesgo para intubación difícil en pacientes obesos mórbidos colocados en posición de rampa³.
2. Al contrario de lo expuesto por los autores, pensamos que los factores de riesgo para la ventilación con mascarilla e intubación difíciles son bastante diferentes. Mallampatti modificado, circunferencia del cuello, distancia tiromentoniana y restricción de la movilidad mandibular son factores de riesgo para la intubación difícil en pacientes obesos⁴; mientras que el índice de masa corporal aumentado y el historial de apnea

obstructiva del sueño mostraron tener una correlación con ventilación difícil vía mascarilla⁵.

Por lo tanto, consideramos que mencionar el posicionamiento para la intubación endotraqueal es un aspecto importante del estudio en cuestión que puede afectar sus resultados.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Magalhães E, Marques FO, Govêia CS, et al. Use of simple clinical predictors on preoperative diagnosis of difficult endotracheal intubation in obese patients. *Rev Bras Anesthesiol*. 2013;63:262–6.
2. Collins JS, Lemmens HJ, Brodsky JB, et al. Laryngoscopy and morbid obesity: a comparison of the «sniff» and «ramped» positions. *Obes Surg*. 2004;14:1171–5.
3. Neligan PJ, Porter S, Max B, et al. Obstructive sleep apnea is not a risk factor for difficult intubation in morbidly obese patients. *Anesth Analg*. 2009;109:1182–6.
4. Sheff SR, May MC, Carlisle SE, et al. Predictors of a difficult intubation in the bariatric patient: does preoperative body mass index matter? *Surg Obes Relat Dis*. 2013;9:344–9.
5. Langeron O, Masso E, Huraux C, et al. Prediction of difficult mask ventilation. *Anesthesiology*. 2000;92:1229–36.

Divya Jain

Departamento de Anestesiología y Tratamiento Intensivo, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, India

Correo electrónico: jaindivya77@rediffmail.com

Disponible en Internet el 24 de mayo de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.07.012>

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2012.05.007>

Palatoplastia en paciente con síndrome de Seckel: un reto anestésico

Sr. Editor:

El síndrome de Seckel, descrito por primera vez en 1960¹, es una enfermedad autosómica recesiva descubierta en

casamientos consanguíneos², caracterizada por CIUR grave, retraso del crecimiento posnatal, retraso mental, cara en forma de pico y retrognatismo. Su incidencia es inferior a 1:10.000 nacidos vivos, con un 25% de posibilidades de recidiva en hermanos subsecuentes³. Hasta el momento se han descrito cerca de 60 casos, con muy pocos casos sometidos a anestesia general. Relatamos el caso de la



Figura 1 Niño con síndrome de Seckel.

primera palatoplastia exitosa realizada bajo anestesia general en un niño con el síndrome de Seckel.

Paciente del sexo masculino, 8 años de edad, con amplia hendidura palatina, se presentó con evidencia de una mala alimentación, infecciones respiratorias recurrentes e incapacidad de comunicarse claramente de forma verbal.

El paciente fue concebido por inseminación intrauterina (donante, marido) después de un año y medio de tratamiento, de padres no consanguíneos con fertilidad. La madre tenía un historial de hipertensión arterial, diabetes, oligohidramnios severo y CIUR en todos los trimestres durante el período prenatal. Nacido de parto normal en la 34.^a semana de gestación, con un peso de 930 g, lloró inmediatamente después del nacimiento, pero se le mantuvo en soporte ventilatorio durante casi un mes a causa de la hipoplasia pulmonar. Sus etapas de desarrollo estaban ligeramente atrasadas; sin embargo, sus 2 hermanas, también concebidas por inseminación intrauterina, mostraban un desarrollo normal sin evidencias del síndrome de Seckel. Al examen físico, el niño pesaba 9,5 kg y medía 100 cm (fig. 1). El paciente presentaba microcefalia, retrognatismo, una cara similar a la de un pájaro, ojos grandes, orejas pequeñas colocadas por debajo de la línea horizontal, caries dental, cuello largo, clinodactilia, contractura de codo bilateral, testículo izquierdo no descendido, incontinencia urinaria y fecal debido a la pequeña espina bífida y paladar ojival con fisura palatina incompleta. Los hemogramas y las ecocardiografías de rutina fueron normales. La radiografía de tórax mostró una sombra cardíaca tubular con caja torácica inclinada hacia abajo y campos pulmonares normales. El paciente fue programado para una palatoplastia bajo anestesia general. Anticipando la posibilidad de vía aérea difícil, no medicamos al paciente antes de la operación y mantuvimos el equipo para vía aérea difícil listo para el uso. Después de la monitorización con ECG, saturación periférica de oxígeno y presión arterial no invasiva, se administró la anestesia general usando inducción inhalatoria con sevoflurano en dosis tituladas, preservando la respiración espontánea para el caso de vía aérea difícil. Debido a la

fragilidad de las venas, la canalización intravenosa (iv) fue realizada con dificultad, usando una cánula de calibre 24.

Se inyectó fentanilo (15 μ g iv) y después de constatar el aumento del tórax con la ventilación vía balón y mascarilla, se administró el suxametonio (1,5 mg/kg iv) para facilitar la intubación endotraqueal. Después de un intento inicial fallido con cánula RAE de 6,0 mm debido al estrechamiento en la región subglótica de la laringe, la intubación se obtuvo con una cánula RAE sin balón de 4,5 mm. La anestesia se mantuvo con oxígeno y con aire titulado con sevoflurano y dosis intermitentes de atracurio iv. La palatoplastia fue realizada para hendidura palatina incompleta, y el período intraoperatorio, que duró 75 minutos, transcurrió sin incidencias. Al final de la cirugía, la tráquea fue desentubada con el paciente despierto y cooperativo, después de la reversión del bloqueo neuromuscular y de establecer la adecuada respiración espontánea. En el postoperatorio, el paciente se mantuvo en la UCI para monitorización de cualquier episodio de apnea, insuficiencia respiratoria o hemorragia oral. La ingestión de líquidos se permitió después de 6 h, no hubo incidencias en el período postoperatorio y el paciente recibió el alta después de 5 días. Las características presentes en pacientes con el síndrome de Seckel que pueden ser relevantes para el anestesta incluyen la presencia de grados variables de anomalías faciales, microcefalia, retrognatismo, craneosinostosis, deformidades dentales, estenosis de laringe, venas frágiles, retraso mental, anemia, pancitopenia y anomalías cardiovasculares (PDA, hipertensión, defectos cardíacos complejos), del esqueleto y endocrinos (hiperplasia adrenal congénita, hiperinsulinismo)^{4,5}. Nuestro paciente presentaba algunas variaciones del síndrome de Seckel típico, porque nació de padres no consanguíneos después de inseminación intrauterina. Su cociente de inteligencia era límite, con un lenguaje expresivo no verbal integral y casi normal. No tenía estrabismo o catarata en los ojos y su perfil hematológico y nutricional era normal, lo que posibilitó la planificación de la palatoplastia.

Esos pacientes pueden suponer una serie de retos para los anestestistas en el período perioperatorio. Garantizar el acceso intravenoso puede ser difícil, como lo fue en nuestro caso, debido a la fragilidad de las venas. Como la vía aérea también puede ser difícil de ventilar e intubar en esos pacientes, todos los equipos para tratar estos problemas de vía aérea difícil deben estar listos para su uso. Además, estimar el tamaño adecuado del tubo puede ser difícil en esos pacientes, con la edad y el peso del niño que dificulta la previsión del tamaño en aproximadamente un 53% de los casos. Como el tamaño de los tubos traqueales puede variar en 1/2 tamaños menores que el tamaño previsto, el equipo para vía aérea debe incluir tubos con 1-1/2 tamaños menores de lo previsto. En nuestro paciente, conseguimos intubar con un tubo de 4,5 mm en vez de 6 mm, que fue considerado normal para la edad del paciente ([edad en años +16]/4). Excepto por la dificultad encontrada en el manejo del tejido palatino hipoplásico durante la cirugía, el curso intraoperatorio fue relativamente tranquilo. El paciente no tuvo complicaciones en el postoperatorio, tales como episodios de apnea o sangrado intraoral, como se relata en la literatura⁴, y la cicatriz palatina estaba normal durante el seguimiento.

En resumen, podemos decir que esos pacientes deben ser cuidadosamente evaluados en el preoperatorio para descartar cualquier problema cardíaco u otro problema

sistémico. Deben ser previstos problemas anestésicos debidos a la vía aérea difícil, cuello largo, tráquea estrecha y venas frágiles y las medidas de urgencia deben estar preparadas para solventar cualquier eventualidad. La posibilidad de alteración hematológica, como anemia, pancitopenia y leucemia, debe ser evaluada en el período preoperatorio conjuntamente con la evaluación nutricional.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Seckel HPG. Bird-headed dwarfs: studies in developmental anthropology including human proportions. Springfield: Charles C. Thomas; 1960.
2. Shanske A, Caride DG, Menasse-Palmer L, et al. Central nervous system anomalies in Seckel syndrome: report of a new family and review of the literature. *Am J Med Genet.* 1997;70:155–8.
3. Parent P, Moulin S, Munck MR, et al. Bird headed dwarfism in Seckel syndrome. Nosologic difficulties. *Arch Pediatr.* 1996;3:55–62.

4. Murthy J, Seshadri KG, Ramanan PV, et al. A case of cleft lip and palate associated with Seckel syndrome. *Cleft Palate Craniofac J.* 2004;41:202–5.
5. Rajamani A, Kamat V, Murthy J, et al. Anaesthesia for cleft lip surgery in a child with Seckel syndrome—a case report. *Paediatr Anaesth.* 2005;15:338–41.

Anju Grewal^a, Dinesh Sood^a, Nidhi Bhatia^{b,*},
Ramneesh Garg^c, Sheerin Shah^c y Harminder Kaur^a

^a Departamento de Anestesiología, Dayanand Medical College & Hospital, Ludhiana, Punjab, India

^b Departamento de Anestesiología y Entrenamiento Intensivo, Postgraduate Institute of Medical Education & Research, Chandigarh, India

^c Departamento de Cirugía Plástica, Dayanand Medical College & Hospital, Ludhiana, Punjab, India

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nidhi.bhatia75@gmail.com (N. Bhatia).

Disponible en Internet el 2 de mayo de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2013.08.005>

Estudio comparativo entre la bupivacaína (S75-R25) y la ropivacaína para evaluar la seguridad cardiovascular en el bloqueo del plexo braquial: Hamaji A, et al. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63(4):322-326



Estimado Editor:

Para mí (que soy la verdadera autora del último anestésico local obtenido en todo el mundo, la mezcla enantiomérica de la bupivacaína, o simocaína o incluso novabupi) ha sido muy grato constatar la eficacia, sin la correspondiente cardiotoxicidad de ese producto, gracias a la investigación de mis colegas del Servicio de Anestesia del Hospital de Clínicas de la USP (en el cual trabajo).

El método adoptado en la investigación se basa en la medida de las variables importantes para la técnica del bloqueo del plexo, garantizando el gran valor de esa investigación. Por lo tanto, es un trabajo clínico bien realizado y capaz de refrendar mis hallazgos en la fase preclínica del estudio de ese compuesto en cuanto al binomio eficacia/seguridad.

Pero sin embargo hay algunas incoherencias que aparecen en la redacción de ese artículo. Y son:

a) Los autores, al referirse al anestésico local en comparación con la ropivacaína, incurrieron en una mentira histórica.

El invento que trajo como resultado el compuesto racémico no equimolar formado por los isómeros antagónicos que son los enantiómeros de la bupivacaína (S75:R25%), NO FUE DE NINGUNA MANERA, creado por una compañía farmacéutica brasileña.

Para decir la verdad, la idea original se dio en mi laboratorio, en el Departamento de Farmacología del Instituto de Ciencias Biomédicas de la Universidad de São Paulo y donde también tuvo lugar la solicitud de patentado. Como respaldo a esta verdad histórica, ese producto fue aprobado por el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial (INPI) que es el órgano regulador del gobierno de Brasil y que fue el que concedió la patente y recientemente la hizo oficial por medio de la carta patente (fig. 1).

En el transcurso de la redacción del artículo, sin embargo, se hace referencia a ese compuesto y se le atribuye su origen a la «farmacología brasileña que introdujo una mezcla enantiomérica de isómeros ópticos que contienen un 75% de levobupivacaína (S-) y un 25% de dextrobupivacaína (R+) a bupivacaína S75-R25».

Mi pregunta es: ¿Cuál(es) grupo(s) de farmacólogos responde(n) por ese hallazgo? Eso no se mencionó.

¿Y por qué la verdadera autoría se omitió, incluso ocultando la propia Universidad de São Paulo como institución? La pregunta permanece sin respuesta.

¿No habría sido más correcto consultar la literatura para que no se cometiesen errores graves perjudicando la excelencia de la investigación y destruyendo así la reputación de los autores (incluso algunos que son profesores famosos)? Si hacemos una rápida barredura en la literatura, encontraríamos estudios confiables (entre otros) y artículos pertinentes y fidedignos. Por ejemplo:

1. Simonetti MPB, Ferreira FMC. Does the D-isomers of bupivacaína contribute to the improvement of efficacy

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjanes.2012.06.001>