



# REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia  
www.sba.com.br



## CARTAS AL EDITOR

### Anestesia epidural torácica en paciente geriátrico con riesgo cardíaco: relato de caso

Sr. Editor:

Con la mejora de la calidad de vida, la población anciana aumenta rápidamente. Los trastornos cardíacos y respiratorios y la disfunción autonómica parecen ocurrir con más frecuencia en las personas ancianas<sup>1</sup>. Desdichadamente, esa circunstancia limita la elección de métodos anestésicos para esos pacientes. La anestesia o analgesia epidural puede disminuir las potenciales complicaciones derivadas de la anestesia general, como la ventilación prolongada, la depresión miocárdica y el íleo prolongado<sup>2</sup>. Se planificó una toracotomía en el quinto espacio intercostal para un hombre de 83 años, de 168 cm de altura y 68 kg, debido a hidatidosis torácica. Su historial médico arrojó un elevado grado de insuficiencia cardíaca, epilepsia, disnea y uso de marcapasos implantado hacía 5 años. Relató que fue sometido a la colestectomía y cirugías reparadoras de hernia inguinal hacía ya 20 y 10 años, respectivamente. El paciente estaba orientado, cooperativo y hemodinámicamente estable. El examen físico reveló estertores y ronquidos basales. La fracción de eyección se evaluó como un 33% por ecocardiograma. Su estado físico se evaluó como ASA III.

En el período preoperatorio, el paciente recibió tratamiento para su situación cardíaca, de acuerdo con la sugerencia del cardiólogo, y se planificó la anestesia epidural para la cirugía. No se administró ninguna premedicación antes de la entrada del paciente en quirófano. Después de la monitorización de rutina, se obtuvo el acceso intravenoso periférico y se administró la precarga de solución isotónica. El catéter epidural se insertó entre los espacios intervertebrales T4 y T5 usando el método de la pérdida de la resistencia en posición sentada. La punta del catéter avanzó 3 cm en dirección cefálica y se aplicó la dosis de prueba de 3 mL de lidocaína al 2%. Enseguida se añadieron 7 mL de levobupivacaína al 5% y 50 mcg de fentanilo. Diez minutos después de la aplicación de la anestesia epidural, se obtuvo el nivel adecuado de bloqueo sensorial entre los espacios T3 y T8. El procedimiento quirúrgico fue realizado con la técnica estándar en decúbito lateral. El oxígeno (4L/min) fue administrado mediante mascarilla facial. Durante la cirugía, la variación de la presión arterial alcanzó 154/94-97/54 mmHg, la frecuencia cardíaca fue de 65-

108 min<sup>-1</sup> y la saturación del 89-96%. Aproximadamente 15 min después de la anestesia epidural, se registró una presión arterial de 76/45 mmHg, por lo que se aplicó efedrina (5 mg) por vía intravenosa.

El nivel de bloqueo sensorial evaluado simultáneamente alcanzó T4. El paciente no necesitó sedación ni analgesia adicionales durante la cirugía, que duró 45 min. El paciente presentó dificultad respiratoria en los períodos intra y postoperatorio. Para la analgesia epidural, se aplicó una mezcla de 3 mL de bupivacaína al 5% + 50 mcg de fentanilo vía catéter epidural 3 h después de la cirugía, y el catéter epidural se retiró después de 24 h. El paciente recibió el alta, con los signos vitales estables, 4 días después de la cirugía. La anestesia torácica alta (T1-T5) disminuyó el tono simpático; pero sin embargo, el riesgo de arritmia se redujo por el bloqueo de los nervios aceleradores cardíacos durante la cirugía cardíaca<sup>3</sup>. Niimi et al. relataron que la anestesia epidural torácica alta redujo el débito cardíaco pero no afectó la fracción de eyección del ventrículo izquierdo y la función de llenado diastólico<sup>4</sup>. Rodgers et al. informaron que hubo menos complicaciones cardíacas perioperatorias en pacientes sometidos a intervenciones quirúrgicas bajo anestesia regional<sup>5</sup>.

La anestesia epidural torácica alta fue realizada con éxito en nuestro paciente de alto riesgo, con arritmia y baja fracción de eyección sometido a toracotomía en el quinto espacio intercostal.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

### Bibliografía

1. Marik PE. Management of the critically ill geriatric patient. *Crit Care Med.* 2006;34:176–82.
2. Arık H, Erhan ÖL, Beştaş A, et al. The effect of a single or fractional dose of local anesthetic on hemodynamics in epidural anesthesia evaluated according to ejection fraction. *Turk J Geriatr.* 2012;15:439–44.
3. Clemente A, Carli F. The physiological effects of thoracic epidural anesthesia and analgesia on the cardiovascular, respiratory and gastrointestinal systems. *Minerva Anesthesiol.* 2008;74:549–63.
4. Niimi Y, Ichinose F, Saegusa H, et al. Echocardiographic evaluation of global left ventricular function during high thoracic epidural anesthesia. *J Clin Anesth.* 1997;9:118–24.

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<sup>a,\*</sup>, Remziye Gül Sivaci<sup>a</sup>, Gürhan Öz<sup>b</sup>, Elif Doğan Baki<sup>a</sup>, Hasan Şenay<sup>a</sup> y Yüksel Ela<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Departamento de Anestesiología, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquía*

<sup>b</sup> *Departamento de Cirugía Torácica, Afyon Kocatepe University School of Medicine, Afyonkarahisar, Turquía*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [serdarkokulu@yahoo.com](mailto: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 obesos<sup>1</sup>.

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 obesos<sup>2</sup>. 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 rampa<sup>3</sup>.
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 obesos<sup>4</sup>; mientras que el índice de masa corporal aumentado y el historial de apnea

obstructiva del sueño mostraron tener una correlación con ventilación difícil vía mascarilla<sup>5</sup>.

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](mailto: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 1960<sup>1</sup>, es una enfermedad autosómica recesiva descubierta en

casamientos consanguíneos<sup>2</sup>, 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 subsecuentes<sup>3</sup>. Hasta el momento se han descrito cerca de 60 casos, con muy pocos casos sometidos a anestesia general. Relatamos el caso de la