

# LA INTUBACION FIBROOPTICA EN OTORRINOLARINGOLOGIA

Antonio Belinchón, Jefe de Servicio.  
Ana Cartelle, Médico Adjunto.

Servicio de ORL. Servicio de Anestesiología. Arquitecto Marcide. El Ferrol.

## INTRODUCCION

La intubación fibroóptica (I.F.O.) es un procedimiento anestésico descrito inicialmente por Murphy(1) en 1967, que consiste en la ejecución de la intubación endotraqueal anestésica con ayuda de un fibroscopio que permite la observación simultánea de la vía aerodigestiva superior (VADS) y la tráquea y al mismo tiempo sirve de guía al tubo anestésico.

Este sistema de intubación se vino aplicando desde entonces a aquellos pacientes en los que por muy diferentes motivos no es posible o bien supone un grado inaceptable de riesgo, el procedimiento habitual. Es precisamente en otorrinolaringología el área en donde la IFO tiene el mayor número de indicaciones ya que en ella inciden habitualmente los factores restrictivos de la vía aerodigestiva superior y el campo propio de los otorrinolaringólogos, su manejo.

Ciñéndonos a nuestra especialidad, las situaciones en las que está indicada la IFO son todas aquellas que cursan, bien anatómica o funcionalmente, con una disminución del calibre orofaríngeo y laríngeo que dificulte o impida la intubación convencional y en las que se prevea que la cirugía va a restaurar de manera inmediata una permeabilidad suficiente. Reseñamos a título de ejemplo los grandes pólipos laríngeos, con obstrucción

## RESUMEN:

La intubación fibroóptica es una técnica anestésica indicada en aquellas situaciones que cursan con disminución del calibre orofaríngeo y laríngeo que dificultan o impidan la intubación convencional. Hemos conseguido en 18 de 20 casos realizar una fibroóptica atraumática y segura. Consideramos que esta técnica debería difundirse más entre los otorrinolaringólogos con el fin de evitar las complicaciones derivadas de la traqueotomía hasta ahora imprescindibles

glótica, las parálisis vocales, uni o bilaterales, tumores en los que no se prevea necesidad de traqueotomía inmediata, procesos inflamatorios orofaríngeos obuciales con trismus asociado(2).

## MATERIAL Y METODO

Para practicar la IFO empleamos un nasofaringoscopio flexible de 300 mm. de longitud útil y un diámetro exterior de 4,2 mm.

El grupo de pacientes en los que se basa este trabajo, proceden del Servicio de Otorrinolaringología y son todos ellos adultos y capaces de cooperar.

Una vez advertido el enfermo acerca del procedimiento, se monitoriza y se instaura una perfusión endovenosa de suero fisiológico, administrándose la premedicación de atropina y Thalamonal. Acto seguido elegimos la fosa nasal más permeable, nebulizándola con un vasoconstrictor tópico para retraer la mucosa y a continuación, procedemos a anestesiarse la mucosa nasal, faríngea y laríngea con un spray de butacaína, de tal forma que la inspiración coincida con la pulsación del aerosol. Aspiramos el trayecto para limpiarlo de secreciones e introducimos el tubo flexometálico a través de la nariz hasta la orofaringe, y por el tubo, el fibroscopio, que se avanza hasta ver el vestíbulo

laríngeo y sus eventuales modificaciones. Con el mando del extremo móvil del fibroscopio proseguimos la introducción hasta sobrepasar el cricoides y por último deslizamos el tubo nasotraqueal a lo largo de la guía del fibroscopio. A continuación se induce de la forma habitual la anestesia general.

## RESULTADOS

Las situaciones extremadamente variables en cuanto a la localización del proceso y al grado de dificultad inherente no hacen posible cuantificar los resultados, con el método descrito hemos logrado realizar en 18 de 20 pacientes una IFO atraumática y segura sin que en ningún caso se haya producido accidente con compromiso respiratorio ni alteraciones en el registro continuo de las constantes durante ni después del procedimiento.

Entre los procesos a los que hemos aplicado nuestra técnica figuran: tumores paralaríngeos, pólipos de gran tamaño, parálisis, procesos granulomatosos, estenosis extrínsecas de la tráquea, etc.

## COMENTARIOS

Entre las numerosas modificaciones técnicas desarrolladas(3) creemos que nuestra técnica se adapta perfectamente al medio en el que es posible lograr la colaboración entre otorrinolaringólogo y anestesista(4) sin la cual no es posible, aisladamente conseguir la destreza que requiere y analizar puntualmente el procedimiento anestésico óptimo para cada paciente.

Consideramos que la intubación fibro-óptica no está suficientemente difundida entre nosotros y que habiendo comprobado su utilidad, las indicaciones de la misma pueden ampliarse, permitiendo evitar las complicaciones y secuelas derivadas de los procedimien-

tos agresivos tales como la traqueotomía, a los que hasta el presente había que recurrir, aportando nuevas soluciones en la controversia traqueotomía versus intubación, en favor de esta última.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- *Wite A, Kander PL.* Anatomical Factors in difficult direct laryngoscopy. *Br. J. Anaesth* 1975; 47: 468-470.
- 2.- *Sia R. L., Edens E. T.* How to avoid problems when using the fibre-optic bronchoscope for difficult intubations. *Anaesthesia* 1981; 36: 74-75.
- 3.- *Rigg D, Dwyer B.* The use of the Rigid Bronchoscope for Difficult Intubations. *Anaest Int. Care* 1985; 13: 431-433.
- 4.- *Boucek C. D., Gunnerson H. B., Tullock W. C.* Percutaneous Transtracheal High frequency Jet Ventilación as an Aid to Fiberoptic Intubación. *Anesthesiology* 1987; 67: 247-249.
- 5.- *Murphy T.* A fiberoptic endoscope used for nasal intubation. *Anaesthesia* 1967; 22: 489 - 491.
- 6.- *Childres W. F.* New Method for Fiberoptic Endotracheal Intubation of Anesthetized Patients. *Anesthesiology* 1981; 55: 595-596.
- 7.- *Eriksen S.* The fiberoptic rhinoscope in adult intubation. *Anesthesiology*, 1986; 64: 128 - 129.
- 8.- *Rogers S. N., Bernumof J. L.* New and easy techniques for fiberoptic endoscop-yaidd tracheal intubation. *Anesthesiology* 1983; 59: 569-572.
- 9.- *Ovassapian A, Dykes M. H. M., Golmon M. E.* Fiberoptic nasotraqueal intubation: a training program. *Anesthesiology* 1980; 53: S 352.