REPORTE DE CASO CLÍNICO
ISSN: 2789-8024 (IMPRESO)
ISSN: 3005-4354 (EN LÍNEA)
DEP. LEGAL 4-3-95-20 P.O.

Vía aérea difícil anticipada y manejo peroperatorio del paciente acromegálico

Anticipated difficult airway and perioperative management of the acromegalic patient

RESUMEN

La acromegalia es una enfermedad crónica generalmente causada por adenomas hipofisarios que producen un exceso de hormona del crecimiento, provocando cambios en tejidos óseos, conectivos y blandos, y alteraciones en la vía aérea, como hipertrofia facial, aumento de tejidos blandos y estenosis glótica. La afectación cardiovascular, incluyendo hipertrofia ventricular y disfunción, es la causa principal de mortalidad, además de complicaciones metabólicas como la diabetes. El tratamiento quirúrgico, principalmente por vía transnasal o transesfenoidal, requiere una evaluación preoperatoria cuidadosa de la vía aérea, ya que la anatomía alterada puede dificultar la intubación, que en este caso se realizó con éxito bajo video laringoscopio. Es esencial planificar el manejo anestésico, monitorizar hemodinámica y ventilación, y contar con dispositivos para vía aérea difícil. Se evita la trauma cervical y se priorizan técnicas que minimizan riesgos cardiovasculares y neurológicos. La cirugía transesfenoidal suele tener baja mortalidad, pero requiere vigilancia postoperatoria por posibles complicaciones como rinoliquia, diabetes insípida o hemorragia. En resumen, el manejo multidisciplinario y la preparación adecuada son fundamentales para el éxito en pacientes con acromegalia sometidos a cirugía

PALABRAS CLAVE: Acromegalia , cronico , evaluación , anestesiología , cirugía

ABSTRACT

Acromegaly is a chronic disease generally caused by pituitary adenomas that produce excess growth hormone, causing changes in bone, connective tissue, and soft tissue, and airway alterations such as facial hypertrophy, soft tissue enlargement, and glottic stenosis. Cardiovascular involvement, including ventricular hypertrophy and dysfunction, is the leading cause of mortality, in addition to metabolic complications such as diabetes. Surgical treatment, primarily via the transnasal or transsphenoidal approach, requires a careful preoperative assessment of the airway, as altered anatomy can make intubation difficult, which in this case was successfully performed under video laryngoscope. It is essential to plan anesthetic management, monitor hemodynamics and ventilation, and have devices for difficult airways. Cervical trauma is avoided, and techniques that minimize cardiovascular and neurological risks are prioritized. Transsphenoidal surgery generally has a low mortality rate but requires postoperative surveillance for possible complications such as rhinitis, diabetes insipidus, or hemorrhage. In summary, multidisciplinary management and adequate preparation are essential for success in patients with acromegaly undergoing surgery.

KEY WORDS: Acromegaly, chronic, evaluation, anesthesiology, surgery

Torres-Apaza Anaela Belen*

*Médico Residente Anestesióloga, Hospital Obrero N°1 La Paz Bolivia.

DOI:
https://doi.org/10.53287/utyw1442cz22q

Autor de correspondencia:
maldonadojohann@yahoo.com

Recibido: 20/04/2025
Aceptado: 08/06/2025

INTRODUCCIÓN

La acromegalia es reconocida como una enfermedad crónica consecuente en un 95% a adenoma hipofisario funcionante, por la secreción aumentada de hormona del crecimiento y también la hormona liberadora de la hormona de crecimiento[1].

La clínica de esta patología se debe a la acción mecánica misma de la ubicación y tamaño anatómico del adenoma, como segundo lugar la secreción hormonal aumentada. Los cambios hormonales dan como resultado al crecimiento de tejido óseo, conectivo y blando, ocurriendo cambios en la vía aérea. Hipertrofia de huesos faciales predominando la mandíbula y nariz, hipertrofia de cornetes, paladar blando, amígdalas, epiglotis. Estenosis glótica, disfonía, afonía, lesión del nervio laríngeo recurrente, crecimiento tiroideo que puede comprimir la tráquea.

Debe preverse la necesidad de intubación con antelación a la cirugía, siendo el mejor método la intubación con el paciente despierto con fibroscopio (otros dispositivos supraglóticos pueden ser de inserción dificultosa debido al incremento de volumen de las partes blandas).

Sin embargo, la afectación visceral cardiaca es la causa de muerte más frecuente, en forma de complicaciones derivadas de la HTA (hipertensión arterial), cardiomegalia por hipertrofia ventricular izquierda simétrica, con disfunción diastólica predominante que suele revertir de forma lenta y escasa tras la cirugía, arteriopatía coronaria y trastornos de conducción (tanto arritmias supra como ventriculares); cuanto más joven es el paciente, peor el pronóstico de la afectación cardiaca[1]. La afectación mellitus que remite tras la intervención quirúrgica. Hasta el 70% de los pacientes tendrán SAHOS (Síndrome de apnea/ hipopnea Obstructiva del Sueño) como resultado de la ampliación de los tejidos blandos de la vía aérea superior[5]. El abordaje quirúrgico de los adenomas se realiza, fundamentalmente, por vía trasnasal o trasesfenoidal. Usando técnicas microquirúrgicas y a través de una incisión sublabial o nasal siguiendo el tabique nasal por disección de la mucosa se llega al seno esfenoidal y, posteriormente, se reseca el suelo de la silla para acceder la glándula hipofisaria y al adenoma[7].

GRAFICO 1. Distancia esternometoniana y tiromentoniana.



Fuente: elaboración propia

GRAFICO 2. Apertura bucal y Mallampati.



Fuente: elaboración propia

REPORTE DE CASO

Trata de un paciente masculino de 33 años. Refiere inicio de cuadro de más de 5 años con aumento progresivo en tamaño de manos, pies, nariz, labios. Acude a su policlínico por presentar cambios en la voz, diastasis entre incisivos, y aumentos de coloración negruzca de la piel (zonas acrales).

Endocrinología por clínica solicita examen de resonancia magnética determinando macro adenoma de hipófisis. Cardiología valora e indica ritmo sinusal, sin agrandamiento de cavidades. Es transferido a neurocirugía donde se decide abordaje transnasal, se realiza campimetría que no evidencia cambios ni particularidades.

GRAFICO 3. Manos en forma de "pala".



Fuente: elaboración propia

Valoración pre anestésica. Peso 80 kilogramos, talla 165 centímetros, presión arterial 122/60 mmHg, fc 62 lpm, fr 17 rpm. En la exploración física se encuentra facies acromegálicas, vía aérea: Mallampati III, macroglosia. Patil aldreti clase II. Dentadura propia sin prótesis, diastasis en incisivos, cuello cilíndrico corto y grueso, bellhouse dore grado 2, Tórax simétrico, corazón y pulmones sin sobre agregados ni particularidades. Abdomen semigloboso no doloroso. Extremidades simétricas con arcos de movilidad conservados, fuerza 5/5, pulsos presentes, aumento de trofismo en manos y pies, manos con aspecto de palas.

GRAFICO 4. Torre de via aerea dificil.
Hospital Obrero No.1 La Paz



Fuente: elaboración propia

muscular se evaluó si podía ventilarse, se preparó la torre de fibrobroncoscopio y videolaringoscopio, se logró intubación bajo video laringoscopia directa al primer intento con tubo armado número [7.5].

Estado neurológico vigil orientado, integro. Se clasifica como ASA III. Al entrar a sala de quirófano se procede a monitorización con presión arterial no invasiva, frecuencia cardiaca, electrocardiograma, oximetría de pulso. Pasamos a desnitrogenización con mascarilla facial a 6 litros por minuto, inducción anestésica endovenosa con: Remifentanil infusión TCI MINTO modo efecto 2-3 ng, propofol a g/kg/peso, lidocaína en bolo 1mg/kg peso. Rocuronio 50 mg en bolo. Se mantuvo bajo anestesia total intravenosa con remifentanil y propofol TCI sistema Schneider. Coadyuvantes con Ranitidina 50 mg, Dexametasona 8 mg, Tramadol 100 mg, Paracetamol 1 g. Se realizó inducción con opioide e hipnótico, antes de colocar en relajante.

GRAFICO 5. Prueba de ventilación antes de relajación muscular. Hospital Obrero No.1 , La Paz-Bolivia.



Fuente: elaboración propia

GRAFICO 6. Intubación bajo video laringoscopia.
Hospital Obrero No. 1, La Paz- Bolivia.



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los pacientes con acromegalia la ventilación con bolsa y máscara puede ser difícil; por lo tanto, la evaluación preoperatoria de la vía aérea es importante para anticipar la posibilidad de la vía aérea difícil, así como tener a disposición los distintos dispositivos que se pueden utilizar.

para asegurar la vía aérea. debido a los cambios anatómicos que existen como: hipertrofia de la mucosa nasal, faríngea, estenosis glótica, paresia de las cuerdas vocales. El manejo de la vía aérea difícil anticipada está establecido según lo indica.

El algoritmo de la ASA, en el cual se establecen los pasos a seguir en el manejo de la vía aérea difícil anticipada o no anticipada; los dispositivos para asegurar la vía aérea como el fibroscopio, dispositivos supraglóticos como la mascarilla laríngea tipo Fastrach™, o incluso sugieren valorar la posibilidad de maniobras invasivas como la traqueotomía de inicio. La intubación traqueal debe de realizarse con el mayor cuidado posible, en pacientes con patología a nivel cervical o cualquier alteración que limite la movilidad a nivel cervical para prever lesión medular, recordando que este tipo de pacientes tienen crecimiento de los tejidos, lo que aumenta la incidencia de hipertrofia del ligamento posterior, ligamento amarillo o incluso formación de Osteofitos que podrían comprometer el conducto medular[7].

La dificultad para la intubación puede ser consecuencia de la inhabilidad para la visualización de la laringe al utilizar una hoja de laringoscopio convencional o puede ser por la dificultad de pasar el tubo hacia la tráquea por la imposibilidad de visualizar las cuerdas vocales[8]. Existen múltiples opciones al laringoscopio convencional para el manejo de una posible vía aérea difícil, entre los principales se encuentra la hoja de laringoscopio tipo McCoy, que está diseñada para elevar la epiglotis con su lengüeta, lo cual permite menor manipulación del cuello durante la intubación. La principal causa de morbimortalidad a nivel cardiovascular en este grupo de pacientes es por efecto del exceso circulante de GH; ya que provoca hipertrofia de ventrículo izquierdo, disfunción sistólica y diastólica, enfermedad valvular y cardiopatía isquémica[10].

La monitorización de rutina como electrocardiograma, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, Dioxido de carbono tidal final y monitoreo de presión arterial no invasivo al momento de la inducción nos puede dar información de los cambios hemodinámicos y ventilatorios. El control de la presión arterial invasiva está indicado en presencia de miopatía cardiaca subyacente o hipertensión mal controlada, como en el caso de este paciente, por lo que en el transoperatorio se realizó monitorización invasiva. Dado que el flujo sanguíneo en la arteria cubital puede verse comprometido en hasta el 50% de los pacientes con acromegalia, especialmente si el paciente tiene síndrome del túnel carpiano, la canulación de la arteria radial podría poner en peligro el suministro de sangre a la mano. La inserción de la línea venosa central está indicada en presencia de enfermedad cardiovascular subyacente. Existen muchas técnicas anestésicas, la elección depende de las comorbilidades asociadas, siendo importante usar agentes anestésicos de acción corta como el propofol y el remifentanilo o agentes como el sevoflurano. El agente anestésico inhalado complementado con remifentanilo puede proporcionar una mayor estabilidad hemodinámica. Tras el abordaje transcraneal, el paciente debe ser observado en la unidad de terapia intensiva durante 24 h. Con la cirugía transesfenoidal por micro o macro adenoma hipofisario se plantean pocos problemas peri operatorios al anestesista-reanimador. La mortalidad postoperatoria es baja y las complicaciones infrecuentes. Sin embargo, los pacientes requieren una vigilancia neurológica y de laboratorio meticulosa en el postoperatorio inmediato, para detectar precozmente la aparición de una complicación: sobre todo, rinoliquia, diabetes insípida y complicaciones infecciosas.

Otras complicaciones posibles tras la cirugía transesfenoidal son la hemorragia del lecho tumoral y de los senos cavernosos, la afectación o empeoramiento visual, la lesión de otros pares craneales o los traumatismos sobre las arterias carótidas internas[11]. No hubo limitaciones en la técnica anestésica elegida para este paciente, lo que resulto en una adecuada estabilidad hemodinámica y neuroproteccion, sin complicaciones postoperatorias. El manejo de la vía aérea tampoco presento dificultades.

REFERENCIAS

1. Hernández H. Te al. Vía aérea difícil anticipada con acromegalia. Reporte de caso. Revista Mexicana de Anestesiología 2015. (3)38

2. Lim DJ, Kwon HS. Acromegaly associated why type 2 diabetes showing normal IGF-1 level la indefensible poorly controls glycemia. Journal of Endocrinology. 2007; 54:537-541.

3. Holdaway IM, Rajasoorya RC, Gamble GD. Factors influencing mortality in acromegaly. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89:667-674.

4. Ayuk J, Sheppard MC. Does acromegaly enhance mortality? Rev Endocrinology and Metabolismo Disord. 2008;9:33-39

5. Ruiz B. Arellano M. Sánchez P.. ACROMEGALIA. Medicina Interna México. 2009

6. Oriol-López SA. Vía aérea difícil en neuroanestesia. Revista Mexicana de Anestesiología. 2006;29:S169- S175

7. Bharti N, Arora S, Panda NB. A comparison of McCoy, TruView, and Macintosh laryngoscopes for tracheal intubation in patients with immobilized cervical spine. Saudi J Anaesth. 2014;8:188-192.

8. Arora S, Sayeed H, Bhardwaj N. A comparison of Truview EVO2 laryn-goscope with Macintosh laryngoscope in routine airway management:A randomized crossover clinical trial. Saudi J Anaesth. 2013;7:244-248.

9. Saxena A, Madan M, Shrivastava U, Mittal A, Dwivedi Y, Mendoza HFC. Acromegalia. Med Int Mex. 2009;25:468-480.

10. Guillermo M. Guillermo L.Caso clínico: Manejo Perioperatorio en Pacientes no Acromegalia. Revista médica HJCA.2020