



VÍA AÉREA DIFÍCIL EN CÁNCER DE PARÓTIDA: USO DE FIBROBRONCOSCOPIO. INFORME DE CASO

DIFFICULT AIRWAY IN PAROTID CANCER: USE OF FIBEROPTIC BRONCHOSCOPE. CASE REPORT

Erika Ivonne Huanca Parisaca* , Daniela Cintia De La Torre Maida*

*Medico Anestesiólogo HODE Oncológico CNS, El Alto – Bolivia.

Correspondencia: erika_1108.1@hotmail.com, (591) 60670811 .

Recibido: 02/04/2026

Aprobado: 13/05/2026

RESUMEN

El manejo de la vía aérea difícil (VAD) en el paciente oncológico de cabeza y cuello sigue siendo un reto en Anestesiología por la implicancia de tener complicaciones graves en cuanto a la seguridad del paciente si esta no es abordada de manera óptima con una planificación adecuada. Las modificaciones anatómicas y funcionales asociadas al crecimiento tumoral e infiltración constituyen en la dificultad tanto para la ventilación e intubación, este caso la valoración anestésica y la selección de la técnica como ser la intubación en despierto son esenciales para disminuir la morbilidad. Se trata de un paciente de 54 años, con el diagnóstico de cáncer de parótida, sometido a parotidectomía de rescate y resección de masetero. En la visita preanestésica se evidencia limitación a la apertura bucal por lo que se realizó inducción con infusión de Dexmedetomidina y remifentanilo para una intubación en paciente despierto con fibrobroncoscopio, paciente pasa a cuidados intensivos en su postoperatorio inmediato. Una VAD prevista en pacientes oncológicos en especial que abarcan estructuras de cabeza y cuello es un reto importante para el anestesiólogo, por el gran compromiso de estructuras que implican la vía aérea superior que comprometen tanto la ventilación y la intubación, es por eso que el uso del fibrobroncoscopio y las técnicas de intubación en paciente despierto son herramientas importantes para un manejo de vía aérea de manera segura, eficiente disminuyendo las complicaciones que ella conlleva.

ABSTRACT

The management of the difficult airway (DA) in patients with head and neck cancer remains a major challenge in anesthesiology due to the risk of severe complications that may compromise patient safety when not adequately anticipated and planned. Anatomical and functional alterations related to tumor growth and tissue infiltration contribute significantly to difficulties in both ventilation and tracheal intubation. In this context, thorough preoperative airway assessment and appropriate selection of airway management techniques, such as awake intubation, are essential to reduce morbidity and mortality. We report the case of a 54-year-old patient diagnosed with parotid gland cancer, scheduled for salvage parotidectomy and masseter muscle resection. Preanesthetic evaluation revealed limited mouth opening, suggestive of an anticipated difficult airway. Sedation was achieved using dexmedetomidine and remifentanyl infusion, followed by successful awake fiberoptic intubation. The patient was transferred to the intensive care unit in the immediate postoperative period. Anticipated difficult airway in oncologic patients, those involving head and neck structures, represents a significant challenge for anesthesiologists due to the extent of airway compromise affecting both ventilation and intubation. Therefore, the use of fiberoptic bronchoscopy and awake intubation techniques constitutes a safe and effective strategy, allowing for optimal airway control while minimizing associated complications.

Palabras clave: Manejo de la vía aérea; Neoplasias de la parótida; Broncoscopia

Keywords: Airway Management; Parotid Neoplasms; Bronchoscopy

Introducción

La vía aérea difícil (VAD) en el campo de la anestesiología, sigue siendo un desafío crítico y puede tener complicaciones graves en cuanto a la seguridad del paciente si no es abordada de la manera óptima. La valoración de la vía aérea y el abordaje previsto de una VAD es importante para realizar un plan adecuado para prevenir complicaciones graves que pueden desencadenar la hipoxia, daño tisular e inclusive la imposibilidad de ventilación e intubación (1). La VAD se intensifica en pacientes con tumores de cabeza y cuello, donde debido a la alteración anatómica causada por el crecimiento del tumor además de la terapéutica recibida, compromete de manera importante la permeabilidad de la vía aérea superior que como consecuencia dificulta el acceso a la misma (2).

En los tumores de cabeza y cuello, el cáncer de parótida abarca un 3-6 %, estos tumores pueden tener diversas manifestaciones clínicas dependiendo del tamaño del tumor, y el grado de invasión a estructuras vecinas, generando deformaciones externas que dificultan aún más el manejo de la vía aérea (3,4).

Los hallazgos particulares en estos pacientes son: disminución del lumen de las vías respiratorias, desplazamiento de la tráquea, disminución de la apertura bucal, lo que conlleva al incremento del riesgo de dificultad tanto para intubar como ventilar (5).

El fibrobroncoscopio es una herramienta esencial para el manejo seguro de una VAD (6). La intubación en paciente despierto bajo fibrobroncoscopio es recomendada en pacientes con alto riesgo de obstrucción de vía aérea y en vía aérea difícil (7,8).

El caso clínico muestra el manejo de la VAD en un paciente con Cáncer de parótida mediante el uso de fibrobroncoscopio, que permitió una intubación segura, minimizando el riesgo de complicaciones durante el proceso de la intubación. Se muestra la importancia clínica, estrategias y los beneficios de esta técnica en el contexto de alteraciones anatómicas evidenciadas en un Cáncer de parótida.

Presentación del caso

Paciente sexo masculino de 54 años, maestro jubilado, residente de La Paz, aymara, dieta paleolítica, estilo de vida sedentario, sin antecedentes heredofamiliares asociados a neoplasias, con diagnóstico de Cáncer de parótida izquierda.

Paciente presenta masa en región de parótida desde 2012, la cual fue incrementando de volumen, en el año 2016 presenta desviación de comisura labial por lo que acude a Neurología Materno Infantil diagnosticándole parálisis facial, secundaria a TU de parótida, por lo cual le realizan una biopsia por Cirugía Maxilofacial con diagnóstico de Carcinoma adenoide quístico T4N2AM0 por lo que es referido a nuestra institución, paciente no acude hasta el 2022 a Consultorio externo de Cirugía Oncológica debido a negación de la patología y optar por medicina tradicional. En Consultorio Externo se evidencia TAC facial se evidencia infiltración de músculos masticadores, encía además de trismus por lo que es referido a radioterapia por estar fuera del alcance quirúrgico, realiza 22 sesiones de radioterapia concluyendo en junio del 2022 por lo cual se realiza junta médica para realizar cirugía de rescate.

Valoración preanestésica: Antecedentes de importancia: Biopsia de parótida bajo anestesia local en el 2016, Radioterapia 22 sesiones, Parálisis facial izquierda desde 2016. Paciente con limitación a la apertura bucal, dificultad para masticar, refiere alimentación licuada y con uso de popote, y presencia de sialorrea izquierda. Examen Físico: PA: 120/70 mmHg, FC: 65 LPM FR: 16 rpm, piel y mucosas eritrocianóticas, región facial con desviación de comisura labial y apertura palpebral izquierda, limitación de apertura bucal y articulación temporomandibular. Vía aérea: Distancia mentotiroidea 4 cm Distancia mentoesternal: 10 cm apertura bucal: 1.5cm BHD: II Mallampati: IV cuello corto y delgado. Valoración cardiológica: Soplo protomesosistólico II/IV en foco tricúspide. Laboratorios: Hb: 19 Hto: 56.3 Plaquetas: 179000 TP: 14 Act: 92 % INR: 1.09 Crea: 1.1 Urea: 21 NUS: 9.8 Glicemia 92 Na: 145

Potasio 4.6 Cloro:111. Estado Físico: III ASA. Plan anestésico: Anestesia General + PO inmediato en UTI.

Manejo anestésico: Se explicó al paciente la complejidad previsible de la intubación, así como todo el proceso que se iba a realizar incluida la intubación despierta, mostrándose colaborador en todo momento. Intraoperatorio: Se realizó una monitorización no invasiva con electrocardiograma, pulsioximetría y presión arterial no invasiva, posteriormente se canalizó una vía intravenosa de calibre 18G. Se administró oxígeno a 4l/min por puntas nasales, durante todo el procedimiento. Se procedió a administrar lidocaína 10% en aerosol sobre paladar y orofaringe, Atropina 0.5 mg IV, Hidrocortisona 100 mg IV. Se administró infusión de Dexmedetomidina 0.5 ug/kg/h Intravenosa y se inició la infusión de remifentanilo a 0.03

ug/kg/h, se utilizó fibrobroncoscopio cargado con TOT N° 6, se evidenció directamente epiglotis, pasando por debajo de la misma encontrando la glotis con intubación al primer intento, una vez intubado se procedió administrar Propofol a 2mg/kg peso y rocuronio 0.6 mg/kg. Durante todo el procedimiento no se evidenció desaturación manteniendo SpO2 mayor al 90%, no traumatismos ni hemorragias de cavidad oral. Se realizó mantenimiento con remifentanilo 0.2 ug/kg/min, sevoflurano a 2% y bolos de rocuronio

Paciente pasa a cuidados Intensivos posterior a culminación y procedimiento, por parotidectomía de rescate y resección muscular de masetero, posterior a 2 días intubado le realizan pruebas de ventilación mecánica logrando extubación con éxito y posterior traslado a sala común.



Figura 1. Perfil Lateral de paciente. Se evidencia región parotídea izquierda con aumento de volumen.



Figura 2. Perfil frontal de paciente. Se evidencia limitación de la apertura bucal (1.5 cm).

Discusión

Una VAD prevista en pacientes oncológicos en especial que abarcan estructuras de cabeza y cuello es un reto importante para el anestesiólogo, por el gran compromiso de estructuras que implican la vía aérea superior que comprometen tanto la ventilación y la intubación, es por eso que el uso del fibrobroncoscopio y las técnicas de intubación

en paciente despierto son herramientas importantes para un manejo de vía aérea de manera segura, eficiente disminuyendo las complicaciones que ella conlleva.

Se trata de un paciente de 54 años con Cáncer de parótida con compromiso temporomandibular y del nervio facial, donde la evaluación preanestésica se evidencia asimetría facial, disminución de la apertura bucal menor a 2 cm que denota una VAD anticipada, por lo

que se optó por la técnica de intubación en despierto guiada por fibrobroncoscopio debido a la necesidad de mantener una ventilación espontánea durante todo el procedimiento y la imposibilidad de lograr una mayor apertura bucal por el trismus propio de la patología; su uso permitió la visualización directa, la introducción del tubo orotraqueal de manera directa.

El instrumento fibrobroncoscopio es el Gold estándar para el manejo de la VAD, y en situaciones en las que el laringoscopia o videolarinoscopio convencional no son efectivas o aptas, la literatura respalda el manejo de este en pacientes como patologías de cabeza y cuello donde hay alteraciones anatómicas propias de la patología. Ahmad et al, (2019) evidencio que el uso del fibrobroncoscopio en una VAD anticipada disminuyo las complicaciones como ser hipoxia o trauma de tejidos y además una tasa de éxito del 98%(9).

El uso de técnicas anestésicas de intubación en paciente despierto ofrece diversas ventajas como ser la evaluación continua de la función respiratoria, Frerk et al. (2020) mencionan la importancia de esta técnica en pacientes con anatomía compleja, además que la recomiendan como una técnica segura y efectiva para prevenir complicaciones severas (10,11). Este caso en particular por la patología de Cáncer en cabeza y cuello condiciona a un índice predictivo de intubación difícil, por lo que se decide utilizar la técnica de intubación en despierto. Xing – Ying et al, realizaron en el 2014 una revisión donde se evidencia la seguridad del uso de la Dexmedetomidina como parte de la técnica de intubación en paciente despierto. La Dexmedetomidina es un alfa 2 agonista, que además brinda analgesia, con ligera depresión respiratoria en casos de dosis elevadas que también se le asocia bradicardia y disminución de la presión arterial, por lo que Xing – Ying et al recomiendan dosis menores de 1ug/kg en un tiempo de 10 min, posterior infusión de 0.2-0.5 ug/kg/h; las benzodiacepinas, así como también los opioides reportan mayor incidencia de depresión respiratoria (12,13). Por lo cual se decidió el uso de la Dexmedetomidina para evitar la ansiedad, depresión respiratoria y que el paciente pueda

colaborar con el procedimiento.

A pesar del resultado exitoso del procedimiento, es necesario reconocer limitaciones del manejo realizado. La sedación con dexmedetomidina y remifentanilo permitió mantener la ventilación espontánea y la cooperación del paciente; sin embargo, el riesgo potencial de sedación insuficiente o excesiva está presente. Una sedación insuficiente podría haber generado ansiedad, intolerancia al procedimiento o imposibilidad de completar la intubación fibrobroncoscópica, mientras que una sedación excesiva pudo haber ocasionado depresión respiratoria, obstrucción de la vía aérea o pérdida de la ventilación espontánea. Por lo tanto, fue fundamental contar con un plan alternativo como la disponibilidad inmediata de dispositivos de rescate y equipo preparado para traqueostomía de emergencia

El abordaje multidisciplinario y la comunicación entre el equipo de cirugía oncológica de Cabeza y cuello, enfermería y Anestesiología permitió una adecuada planificación, anticipando las posibles complicaciones. La preparación preoperatoria, así como también la colaboración del paciente permitió la coordinación de la disponibilidad de diferentes dispositivos y el equipo de traqueostomía de urgencia ante el caso de falla del fibrobroncoscopio.

La importancia del uso del fibrobroncoscopio en la intubación en paciente despierto constituye una estrategia eficaz y segura en el manejo de una vía aérea anticipada principalmente en pacientes oncológicos de cabeza y cuello como ser en el cáncer de parótida. La valoración preanestésica es el pilar fundamental para una planificación y abordaje multidisciplinario.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses financiero, personal o institucional que pueda haber influido en la realización y publicación del presente trabajo.

Declaración del uso de IA generativa: Los autores declaran que no se utilizó inteligencia artificial generativa en la elaboración, redacción, análisis o interpretación de los contenidos del presente manuscrito.

Referencias Bibliográficas

1. Law JA, Broemling N, Cooper RM, Drolet P, Duggan LV, Griesdale DE, et al. The difficult airway with recommendations for management—part 1: difficult tracheal intubation encountered in an unconscious/induced patient. *Can J Anaesth*. 2013;60(11):1089–118.
2. Benumof JL, Hagberg CA. Benumof's airway management: principles and practice. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2007.
3. Alsanie I, Rajab S, Cottom H, Adegun O, Agarwal R, Jay A, et al. Distribution and frequency of salivary gland tumours: an international multicenter study. *Head Neck Pathol*. 2022;16(4):1043–1054.
4. Carlson ER, Ord RA. Salivary gland malignancies. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2014;26(1):125–134.
5. Heidegger T, Gerig HJ, Ulrich B, et al. Validation of a simple algorithm for tracheal intubation: an analysis of 13,248 intubations. *Anesth Analg*. 2001;92(2):517–522.
6. Frerk C, Mitchell VS, McNarry AF, et al. Difficult Airway Society 2015 guidelines for management of unanticipated difficult intubation in adults. *Br J Anaesth*. 2015;115(6):827–848.
7. Rosenstock CV, Thøgersen B, Afshari A, et al. Awake fiberoptic or awake videolaryngoscopic tracheal intubation in patients with anticipated difficult airway. *Anesth Analg*. 2012;116(1):103–113.
8. Apfelbaum JL, Hagberg CA, Connis RT, Abdelmalak BB, Agarkar M, Dutton RP, et al. 2022 American Society of Anesthesiologists practice guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2022;136(1):31–81.
9. Ahmad I, El-Boghdady K, Bhagrath R, Hodzovic I, McNarry AF, Mir F, et al. Difficult Airway Society guidelines for awake tracheal intubation (ATI) in adults. *Anaesthesia*. 2020;75(4):509–528.
10. Dey S, Borah TJ, Sonowal J, Pradhan D, Yunus M, Dev P. Comparison of safety and efficacy of dexmedetomidine versus propofol sedation for elective awake fiberoptic intubation. *J Pharmacol Pharmacother*. 2019;10(1):11–15.
11. Regional and topical anesthesia for awake endotracheal intubation. NYSORA. 2018. Disponible en: <https://www.nysora.com/techniques/head-and-neck-blocks/airway/regional-topical-anesthesia-awake-endotracheal-intubation/>
12. Ruiz Durán T, Castellanos Rosas GM. Intubación en paciente despierto con diagnóstico de tumor de células de Merkel. *Rev Chil Anest*. 2023;52(8):840–844.
13. He XY, Cao JP, He Q, Shi XY. Dexmedetomidine for the management of awake fiberoptic intubation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD009798.

Seltrem

Remifentanilo 5 mg

Alivio seguro, control absoluto.

- Inicio de acción en 30 segundos ➡ control inmediato del dolor.
- Recuperación neurológica rápida y desconexión precoz de Ventilación Mecánica.
- Seguridad en pacientes críticos ➡ metabolismo independiente de hígado y riñón.
- Precisión analgésica en cirugías largas y cortas.

