



Estrategia EXIT – (Tratamiento exútero intraparto)

Dr. Juan Camilo Ospina, MD

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

MA, neonata, femenina.

PADECIMIENTO ACTUAL

MA es una bebé en gestación. En un ultrasonido de rutina del tercer trimestre se identifica una masa de características quísticas en el lado izquierdo del cuello. El obstetra solicita una resonancia magnética nuclear fetal y se confirma la presencia de una masa macroquística que ocupa el lado izquierdo del cuello, con desplazamiento contralateral parcial de la tráquea.

EXPLORACIÓN FÍSICA

El examen físico solo es posible a través de las imágenes diagnósticas. La paciente es presentada en junta de decisiones de alto riesgo y el grupo de la clínica de vía aérea es invitado a participar.

Se revisan las imágenes y se documenta una imagen que sugiere una malformación vascular linfática macroquística (antes llamada inapropiadamente linfangioma) con compromiso de los tejidos blandos del cuello y en estrecha relación con la tráquea y la laringe, sin llegar a rodearla. La cavidad oral aparentemente estaba libre.

Se decide ofrecerle a la madre una estrategia EXIT (exútero intraparto) tan pronto la bebé logre maduración pulmonar y en lo posible se pueda llegar a término y una edad gestacional apropiada.

Se define entonces el plan de trabajo, con un equipo quirúrgico obstétrico completo y un equipo para la atención del feto. En especial, participan Anestesiología pediátrica, Otorrinolaringología pediátrica y Neonatología.

La paciente gestante es llevada a cesárea bajo anestesia general, con las conductas necesarias para evitar la contracción uterina una vez la bebé sea extraída del útero, con el fin de preservar la circulación fetoplacentaria. Al incidir el útero, se extrae únicamente la cabeza y un miembro superior del feto para posicionar la vía aérea y permitir la colocación de un oxímetro de pulso (Figura 1).



FIGURA 1 Extracción parcial del feto. Cabeza y miembro superior derecho
Fuente: cortesía del autor.



FIGURA 2 Intento de intubación orotraqueal para asegurar la vía aérea
Fuente: cortesía del autor.

Sin extraerlo completamente, el feto se orienta en posición de decúbito supino para permitir un primer intento de intubación orotraqueal bajo visión directa con laringoscopio con hoja Miller (Figura 2).

Una vez se asegura la vía aérea, antes de ventilar al feto, se completa su extracción y se procede a pinzar, ligar y cortar el cordón umbilical, se inicia la ventilación asistida y se revierte la tocólisis para continuar con el alumbramiento, la histerorrafia, mientras se previene el sangrado uterino para así terminar el procedimiento materno (Figuras 3 y 4).

En caso de no poder asegurar la vía aérea con el tubo endotraqueal, el equipo de vía aérea debe estar preparado y con los equipos e instrumental



FIGURA 3 Aseguramiento del tubo endotraqueal y extracción completa del feto
Fuente: cortesía del autor.

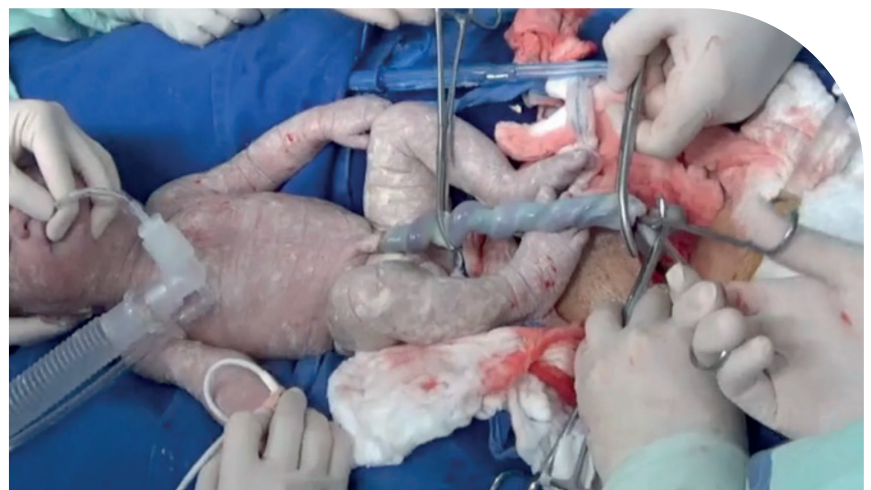


FIGURA 4 Pinzamiento, ligadura y corte del cordón umbilical. Se mantiene asegurada la vía aérea
Fuente: cortesía del autor.



FIGURA 5 Se evidencia y evalúa tamaño de la lesión y si hay compromiso real de la vía aérea
Fuente: cortesía del autor.



FIGURA 6 Se extuba exitosamente a la paciente y se completan las maniobras de adaptación neonatal de rutina
Fuente: cortesía del autor.

listos para realizar una laringotraqueobroncoscopia y, eventualmente, una traqueostomía de urgencia. El tiempo aproximado para mantener la circulación fetoplacentaria durante esta estrategia y prevenir la hipoxia neonatal es de 30 minutos.

Cuando el neonato es trasladado a la mesa de luz radiante, se procede a examinar en detalle las características de la lesión y se decide si la vía aérea debe permanecer asegurada o si se puede realizar una extubación inmediata (Figuras 5 y 6).

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

Malformación vascular linfática cervical (Figura 7).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor cervical en estudio, teratoma, anomalía del aparato branquial.



FIGURA 7 Lesión cervical blanda, de aspecto quístico, sugestiva de malformación vascular linfática
Fuente: cortesía del autor.

ESTUDIOS

Se realiza ultrasonido y resonancia magnética de cuello para caracterizar con más precisión la lesión y planear el manejo definitivo.

TRATAMIENTO

Se confirma el diagnóstico presuntivo y se planea tratamiento con escleroterapia por parte de Radiología intervencionista de manera diferida.

COMENTARIO FINAL

El síndrome CHAOS (*Congenital High Airway Obstruction Syndrome*) comprende diferentes entidades o patologías que son potencialmente fatales si no son detectadas de manera prenatal. Ante la presentación inesperada de un caso de obstrucción de la vía aérea neonatal en el momento del parto, son pocas las maniobras que el neonatólogo puede realizar más allá de un intento de intubación. Si el tiempo en hipoxia es significativo, las secuelas a corto y largo plazo pueden ser catastróficas. La estrategia EXIT permite planear con anticipación y ejecutar un plan de trabajo sistemáticamente organizado que lleve a una mayor prevención de secuelas por hipoxia y a una sobrevida mucho más alta. El trabajo en equipo es fundamental y el rol que cada especialista cumpla en la estrategia debe estar bien definido previamente. Es imperativo contar con el equipo humano e instrumentos completos para la realización de este tipo de procedimientos.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Lee M, Mau T, Sulica L. Patterns of Recurrence of Phonotraumatic Vocal Fold Lesions Suggest Distinct Mechanisms of Injury. *Laryngoscope*. noviembre 2021;131(11):2523-9.
2. Ginsburg MA, Eller RL, Sataloff RT. True Vocal Fold Pseudocyst. *Ear Nose Throat J*. febrero 2008;87(2):68-68.
3. Estes C, Sulica L. Vocal fold pseudocyst: A prospective study of surgical outcomes: Pseudocyst Surgical Outcomes. *Laryngoscope*. abril 2015;125(4):913-8.
4. Estes C, Sulica L. Vocal fold pseudocyst: Results of 46 cases undergoing a uniform treatment algorithm: Vocal Fold Pseudocyst. *Laryngoscope*. mayo 2014;124(5):1180-6.

PREGUNTA

¿Que aspecto presentan los pseudoquistes vocales en los estudios endoscópicos?

- a) Fusiformes, translúcidos y usualmente unilaterales
- b) Nodulares, opacos y usualmente bilaterales
- c) Nodulares, translucidos y usualmente unilaterales
- d) Fusiformes, opacos y usualmente bilaterales



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin