

# Reporte de Caso: Resolución de atelectasia masiva mediante intubación orotraqueal con tubo doble lumen y videoendoscopio flexible

<https://doi.org/10.25237/congreso2023-17>

Francisca Castillo Navarrete<sup>1</sup>, Sergio Ponce Ulloa<sup>1</sup>, Valeria Luengo Sepúlveda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de UCI del Hospital de Angol

## Introducción

La atelectasia pulmonar se caracteriza por el colapso de una región del tejido pulmonar sin intercambio gaseoso, siendo más común post cirugías con anestesia general, seguido por obstrucciones en vías aéreas, como tapones mucosos o cuerpos extraños, tumores u otros factores. El diagnóstico se realiza mediante imagenología, junto con signos y síntomas como hipoxemia y dificultad respiratoria.

Cuando se diagnostica, el manejo depende de la causa y del estado del paciente, especialmente si está en ventilación mecánica. En estos casos, la kinesioterapia respiratoria intensiva, maniobras de reclutamiento alveolar y broncoscopias son fundamentales.

En los últimos años, la broncoscopia en UCI ha ganado relevancia en el tratamiento, principalmente para eliminar secreciones o tapones mucosos. Sin embargo, esta técnica puede tener limitaciones y riesgos, como desaturación y cambios de presión de las vías aéreas, haciéndola menos eficaz en algunos casos.

## Objetivos

La paciente ingresó a UCI debido a una insuficiencia respiratoria aguda causada por una atelectasia severa en el pulmón izquierdo secundario a un tapón mucoso (Fig 1) requiriendo de ventilación mecánica invasiva. La UCI se encuentra en un hospital de mediana complejidad, careciendo de médico especialista broncopulmonar y del equipo adecuado para tratar esta patología. Además, no fue posible trasladar la paciente a otra institución que contara con los recursos necesarios.

## Materiales y Métodos

A nivel nacional, hay pocos trabajos clínicos sobre la resolución de atelectasias en cuidados intensivos mediante broncoscopias, debido a la escasez de instrumentación y operadores, incluso en centros de alta complejidad. La revisión de la evidencia internacional también revela falta de información sobre la técnica del procedimiento y la resolución de atelectasias mediante el uso de un tubo doble lumen y un videoendoscopio flexible, que difiere al broncoscopio rígido debido a su menor diámetro y capacidad de aspiración.

En este caso, se decidió realizar el procedimiento bed-side del paciente, mediante técnica estéril y con la participación de dos anestesiólogos. Se reemplazó tubo endotraqueal por tubo doble lumen izquierdo (N35), permitiendo el aislamiento del pulmón izquierdo y la ventilación monopolmonar derecha con FIO<sub>2</sub> 100%. Luego, se insertó el videoendoscopio en el puerto izquierdo, proporcionando visión directa del tapón mucoso. Se alternó la visualización con el videoendoscopio y la aspiración mediante una sonda durante aproximadamente 15 minutos.

## Resultados

Se verificó con videoendoscopio que no quedara más mucosidad en los bronquios secundarios, concluyendo el procedimiento con éxito. Luego, se cambió tubo doble lumen por tubo orotraqueal 8.0, sin incidentes. Destacar que la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente y no experimentó episodios de desaturación durante la aspiración del tapón mucoso y de los cambios de tubo.

Se realizó control imagenológico, mostrando una mayor expansión del pulmón izquierdo, continuó con kinesioterapia y después de 24 horas, se realizó nuevo control, evidenciándose completa expansión del pulmón (Fig 2).

## Conclusiones y/o implicaciones

La atelectasia se resolvió exitosamente sin necesidad de broncoscopia ni de especialista, siendo realizado por anestesiólogos mediante videoendoscopio flexible y tubo doble lumen. Este enfoque demostró ser efectivo y seguro, pudiendo ser reproducido en otros centros que carezcan de los recursos normalmente requeridos para esta patología.

#### Referencias

Lagier, D., Zeng, C., Fernandez-Bustamante, A., & Vidal Melo, M. F. (2022). Perioperative pulmonary atelectasis: Part II. Clinical implications. *Anesthesiology*, 136(1), 206–236. <https://doi.org/10.1097/aln.0000000000004009>

Kreider, M. E., & Lipson, D. A. (2003). Bronchoscopy for atelectasis in the ICU. *Chest*, 124(1), 344–350. <https://doi.org/10.1378/chest.124.1.344>

Duggan, M., Kavanagh, B. P., & Warltier, D. C. (2005). Pulmonary atelectasis. *Anesthesiology*, 102(4), 838–854. <https://doi.org/10.1097/0000542-200504000-00021>

#### Gráficos, Tablas e Imágenes



