

Técnica EXIT en Chile

Señor
Dr. Jorge Caro Letelier
Director
Revista Chilena de Otorrinolaringología, Medicina y Cirugía de Cabeza y Cuello

El desarrollo de la imagenología ha permitido el diagnóstico prenatal más preciso de una serie de malformaciones congénitas, que potencialmente pueden amenazar la vida del recién nacido si es que no se interviene antes del término de la circulación materno-fetal. Entre estas malformaciones destacan las de cabeza y cuello, que pueden generar una obstrucción de la vía aérea al momento del nacer.

Para enfrentar estas situaciones, desde fines de los años 90 se ha desarrollado la técnica EXIT (*Extrauterin Intrapartum Treatment*)¹, que consiste en mantener la circulación umbilical el mayor tiempo posible, mientras se extrae parcialmente al feto durante el parto, hasta asegurar su vía aérea. Para el éxito de la técnica, se requiere: interrumpir el embarazo antes del inicio del trabajo de parto, manejo anestésico que permita relajación uterina, analgesia de la madre, analgesia y relajación muscular del feto, y evitar una hipotensión arterial materna. Esto otorga un tiempo de 60 a 90 minutos para realizar intubación orotraqueal, broncoscopia o traqueostomía según cada caso. El rol del otorrinolaringólogo, dentro del equipo multidisciplinario que participa, considera el manejo de vía aérea y posible resección tumoral².

En el último Congreso de nuestra Sociedad de Otorrinolaringología, presentamos el caso que enfrentamos en nuestro hospital el año 2014, de un feto al que se diagnosticó con ecografía obstétrica y resonancia magnética un tumor orofaríngeo y cervical, y en el que se realizó cesárea con técnica EXIT³. La evaluación del recién nacido, una vez su extracción parcial, constató un gran tumor que protruía por boca con gran alteración anatómica, impidiendo cualquier intento de intubación. Pese a una traqueostomía exitosa, el recién nacido falleció al día 16 por una malformación que resultó ser incompatible con la vida. Como parte de nuestro proceso de aprendizaje en esta experiencia, realizamos una revisión bibliográfica del tema. El primer EXIT publicado en nuestro país⁴ se realizó en el Hospital Clínico de la Universidad Católica y correspondió a un recién nacido con un epignathus (teratoma congénito que ocupa toda la cavidad orofaríngea y se exterioriza a través de la boca), que requirió la traqueostomía para acceder a la vía aérea. Pero, considerando el gran tamaño del tumor y el grado del compromiso anatómico y funcional, se estimó fuera del alcance médico y falleció al tercer día de nacido. Nos encontramos además con una publicación en nuestra revista del año 2009 de un caso en el Hospital Sótero del Río, de un feto con tumor cervical que requirió resolución con técnica EXIT y en el que se realizó traqueostomía e inmediatamente resección tumoral, con resultado exitoso. Este se presentó como el primer caso en un hospital público chileno⁵. Sin embargo, el año 2007 un equipo multidisciplinario del Hospital de Valdivia publicó

en la Revista Chilena de Obstetricia⁶ un caso que fue resuelto con técnica EXIT y que tuvo las siguientes particularidades:

1. Se trató de un embarazo gemelar, con el diagnóstico antenatal de un tumor cervical del gemelo 1.
2. La mayoría de los casos resueltos con técnica EXIT han utilizado la anestesia general como método de elección⁷, pero en éste el manejo anestésico se realizó con técnica regional espinal, descrita excepcionalmente en la literatura^{8,9}.
3. El manejo de vía aérea se logró con intubación orotraqueal y la resección tumoral se hizo al día 7 exitosamente.
4. No hubo complicaciones maternas ni del gemelo 2.
5. Se trataría del primer caso publicado en que se utiliza la técnica EXIT en un hospital público de nuestro país, y el primero en embarazo gemelar y con manejo anestésico regional.
6. La sigla EXIT está considerada en las "palabras clave" de la publicación, lo que permite su búsqueda en bases de datos médicas (LILACS, SciELO), pero suponemos que al no estar presente en el título principal puede pasar por alto al hacer el análisis bibliográfico del tema.

Han pasado varios años de las publicaciones mencionadas, pero el caso que enfrentamos el año pasado en nuestro hospital nos llevó a revisar el tema y nos pareció importante poder precisar algunos detalles de las experiencias a nivel nacional con el EXIT, que idealmente debe ser conocida por el otorrinolaringólogo. Probablemente serán pocos los casos en nuestra práctica clínica que requerirán esta técnica y la experiencia publicada en la literatura será fundamental para enfrentarlos. Entre los detalles no técnicos del tema, aclarar que la primera experiencia publicada de EXIT en un hospital público en Chile fue realizada en Valdivia⁶.

Atentamente,

Dr. Cristian Daszenies S. y Dr. Erich Niklitschek B.
Subdepartamento Otorrinolaringología, Hospital de Valdivia
Instituto de Especialidades, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile

BIBLIOGRAFÍA

1. MYCHALISKA G, BEALER J, GRAF J, ET AL. Operating on Placental Support: The Ex Utero Intrapartum Treatment Procedure. *Journal of Pediatric Surgery* 1997; 32: 227-31.
2. WARD VMM, LANGFORD K, MORRISON G. Prenatal diagnosis of airway compromise: EXIT (ex utero intra-partum treatment) and foetal airway surgery. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 2000; 53: 137-41.
3. NIKLITSCHKE E, DASZENIES C, MENZ G, ET AL. EXIT (ex utero intrapartum treatment). Rol del Otorrino: indicaciones y límites. Libro de Resúmenes LXXI Congreso Chileno de Otorrinolaringología: 30.
4. ESCOBAR I, POBLETE A, BECKER J, ET AL. Epignathus: Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2005; 70: 173-9.
5. FERNÁNDEZ R, GONZÁLEZ R, VALDÉS R. EXIT (Extrauterine Intrapartum Treatment), primer caso en hospital público chileno. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* 2009; 69: 45-50.

6. GUERRA F, RODRÍGUEZ P, RUBILAR M, ET AL. Linfangioma cervical cavernoso en un gemelo: análisis crítico del diagnóstico y manejo perinatal. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2007; 72: 334-41.
7. TAGHAVI K, BEASLEY S. The *ex utero* intrapartum treatment (EXIT) procedure: Application of a new therapeutic paradigm. *J Paediatr Child Health* 2013; 49: E420-7.
8. FINK RJ, ALLEN TK, HABIB AB. Remifentanil for fetal immobilization and analgesia during the *ex utero* intrapartum treatment procedure under combined spinal-epidural anaesthesia. *Br J Anaesth* 2011; 106: 851-5.
9. GEORGE RB, MEINICK AH, ROSE EC, HABIB AS. Case series: Combined spinal epidural anesthesia for Cesarean delivery and *ex utero* intrapartum treatment procedure. *Can J Anaesth* 2007; 54: 218-22.