

Anestesia para Toracotomía Video Asistida en paciente Vigil: Reporte de un caso

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-054>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Felipe Navarrete Fajardo

Loreto Mosqueira Podesta

Wilbaldo Salas Morales

División Anestesiología Universidad Católica de Chile.

Introducción

La anestesia general (AG) en pacientes con masa mediastínica anterior (MMA) representa un riesgo elevado de complicaciones graves. La compresión sobre el árbol traqueobronquial y/o grandes vasos torácicos se exagera con la pérdida del tono muscular y soporte extrínseco de la pared torácica, pudiendo llegar a obstrucción total de vía aérea y/o colapso hemodinámico y muerte. Una alternativa que permite evitar estos fenómenos corresponde a la Anestesia Epidural Torácica (AET), que al mantener la ventilación espontánea y el tono de las estructuras puede ser una herramienta eficaz y segura para varios procedimientos quirúrgicos. A continuación, se describe caso de paciente con MM sometido a mediastinotomía para biopsia bajo AET.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente masculino, 21 años, sin alergias, tabáquico y obeso, ingresó por dolor costal izquierdo y disnea progresiva de 3 semanas de evolución. Al ingreso con murmullo pulmonar disminuido en base izquierda, sin otros síntomas. Se realizó una tomografía de tórax que evidenciaba una masa mediastínica anterior de 12.4x15.7x10.4cm, con ocupación del hemitórax anterosuperior izquierdo, sin compresión de otras estructuras. Biopsia percutánea resultó no concluyente y se agendó biopsia por mediastinotomía de Chamberlain.

Calendario (cronología)

0

Plan anestésico

En pabellón se realizó monitorización estándar (presión no invasiva, electrocardiografía, pulsioximetría) y se instaló vía venosa #16G en antebrazo izquierdo. Posteriormente, bajo técnica estéril, sentado, se puncionó entre cuerpos vertebrales T3-T4 con trocar Tuohy #16G, encontrando espacio peridural a 8 cm con técnica de Nesi, instalándose catéter epidural a 16 cm de punción, al primer intento, con aspiración negativa para sangre o líquido y presión de infusión compatible con espacio epidural.

Por catéter se administraron 10 mL de solución de bupivacaína 0,25% más 5mL de lidocaína 1%, comprobándose nivel anestésico entre dermatomas T2-T6. Se inició infusión de dexmedetomidina a 0.5mcg/kg/h (sin dosis de carga) más 1mg de Midazolam endovenoso y apoyo con mascarilla Venturi con FiO₂ al 30%. Cirujano realizó incisión paraesternal en tercer espacio intercostal izquierdo, llegando a una masa tumoral friable, se envió muestra a biopsia rápida (tumor células pequeñas, redondas y azules) y diferida, realizó hemostasia y cerró por planos a 46 minutos desde incisión. Durante procedimiento, paciente en sedación superficial, cooperador y tranquilo, hemodinamia estable, sin requerimientos de vasoactivos, conflicto ventilatorio ni dolor.

Discusión y Conclusiones

La AET tiene un sustrato fisiológico y clínico en relación a su seguridad, eficacia y reproducibilidad en pacientes sanos, con enfermedad cardíaca y pulmonar, incluso severa; existiendo múltiples experiencias publicadas sobre su uso para este tipo de pacientes y cirugía abdominal, traumatológica, vascular y torácica. Si bien no existe evidencia A, en la literatura se identifica un interés creciente por la cirugía torácica vigil, existiendo series que describen desde videotoracoscopia hasta cirugías de reducción de volumen pulmonar, mediastinotomías y lobectomías en condiciones similares al caso descrito, con éxito y sin requerimiento de conversión a AG o complicaciones mayores. En pacientes con factores de riesgo mayores de complicaciones respiratorias y cardiovasculares que se someten a cirugía torácica mínimamente invasiva, se hace necesario hacer intervenciones que permitan proporcionar el riesgo y beneficio del procedimiento, por lo que la experiencia local compartida puede ser valiosa para el enfrentamiento a estas situaciones clínicas y punto de inicio para el desarrollo de estudios que comparen otras aproximaciones anestésicas.

Contacto

Nombre: Felipe Navarrete

Correo electrónico: finavarretef@gmail.com