

Manejo anestésico de fístula broncopleuraleal con enfisema subcutáneo: a propósito de un caso

De Estrada S.¹, Esbry MC.¹, Cannizaro MC.¹, Moreno M.¹, Negronida E.¹

¹ Hospital Fernández, Ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La fístula broncopleuraleal es una fuga de aire entre la vía aérea y el espacio pleural, cuya causa más frecuente es la cirugía de tórax.

El enfisema subcutáneo es la presencia de aire dentro del tejido subcutáneo. Tiene una incidencia de hasta 26% en postoperatorio.

Se presenta paciente con diagnóstico de fístula broncopleuraleal y enfisema subcutáneo posterior a videotoracoscopia (VATS) para decorticación pleural.

Descripción del caso: Paciente de 41 años, con antecedentes de tuberculosis (TBC) pleural, con tratamiento cumplido y empiema organizado izquierdo. Se realizó VATS con decorticación. Evolucionó en el postoperatorio (POP) con bloqueo del tubo de avenamiento pleural (TAVP) y enfisema subcutáneo. Se realiza diagnóstico de fístula broncopleuraleal izquierda y se programa toracotomía exploratoria para resolverla.

Al examen físico presentaba enfisema subcutáneo generalizado hasta región orbitaria, apertura bucal 2 cm, Mallampati 4 y cambios de la voz (aguda y nasal).

Como estrategia anestésica se decide realizar intubación vigil, previa topicación con lidocaina 10%, infusión continua de dexmedetomidina 0,5 mcg/kg/h, fentanilo 100 mcg, y ketamina 50 mg. Se realiza intubación vigil con tubo doble lumen número 41, se bloquea bronquio fuente izquierdo, se realiza inducción con fentanilo 100 microgramos, propofol 180 mg y rocuronio 40 mg. Se conecta a ARM sin complicaciones. Se realiza toracotomía, se localiza fístula y se cierra la misma.

En el POP evoluciona con mejoría del enfisema subcutáneo, y de la apertura bucal de 2 a 4 cm.

Discusión: El enfisema subcutáneo puede ser generalizado o localizado. Puede generar obstrucción de la vía aérea y de los nervios laríngeos, manifestado con cambios en la voz y dificultad en la respiración.

En cuanto al manejo de la fístula broncopleuraleal, se debe distinguir entre aquellas de bajo y alto débito. Las primeras no generan complicaciones durante la inducción, a diferencia de las últimas, en las que se debe mantener la ventilación espontánea hasta aislar la fístula.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.57>