



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Anestesia epidural torácica para colecistectomía abierta en enfermedad pulmonar severa. Descripción de un caso y revisión bibliográfica

I. Gonzalez-Mendibil*, S. Postigo-Morales, I. Gonzalez-Larrabe y A. Arizaga-Maguregi

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Galdakao-Usansolo, Galdakao-Usansolo, Vizcaya, España

Recibido el 8 de septiembre de 2014; aceptado el 9 de enero de 2015

PALABRAS CLAVE

Anestesia epidural;
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica;
Colecistectomía

KEYWORDS

Epidural anesthesia;
Chronic obstructive pulmonary disease;
Cholecystectomy

Resumen La enfermedad pulmonar obstructiva crónica presenta una creciente incidencia en la última década. El manejo anestésico de estos pacientes en cirugía de abdomen superior supone un reto para el anestesiólogo, ya que la anestesia general se asocia con una elevada posibilidad de complicaciones pulmonares graves. La búsqueda de una alternativa adecuada ha sido objeto de estudio durante años. Presentamos el caso de un paciente con esta afección pulmonar que precisó ser intervenido de colecistectomía con carácter de urgencia. Se describe el tratamiento y se realiza una breve revisión de la literatura.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Thoracic epidural anesthesia for open cholecystectomy in severe lung disease. Description of a case and review of the literature

Abstract The incidence of chronic obstructive pulmonary disease has increased in the last decade. The anesthetic management of these patients in upper abdomen surgery is a challenge to the anesthesiologist, since general anesthesia is associated with a high possibility of severe pulmonary complications. The search for a suitable alternative has been a subject of study for years. The case is presented of a patient with chronic obstructive pulmonary disease, who required an urgent cholecystectomy. The treatment of the case and brief review of the literature is presented.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iratxe.gonzalezmendibil@osakidetza.net (I. Gonzalez-Mendibil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2015.01.010>

0034-9356/© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Gonzalez-Mendibil I, et al. Anestesia epidural torácica para colecistectomía abierta en enfermedad pulmonar severa. Descripción de un caso y revisión bibliográfica. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2015.01.010>

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se caracteriza por una limitación crónica al flujo aéreo poco reversible, asociada principalmente al humo del tabaco. Se trata de una enfermedad compleja que afecta al 10,2% de la población española de entre 40 y 80 años, situándose como la tercera causa de muerte nacional y mundial¹. Además, constituye uno de los principales factores de riesgo asociados a complicaciones pulmonares posoperatorias, resultando 9,5 veces más frecuente y con un índice de mortalidad de 5 a 13 veces superior respecto a los que no presentan enfermedad pulmonar previa².

El mantenimiento de la respiración espontánea en pacientes con EPOC severa sometidos a procedimientos de cirugía abdominal superior minimiza la posibilidad de efectos adversos respiratorios. Destaca especialmente la disminución de la capacidad residual funcional y la disfunción diafragmática, que pueden acrecentar el riesgo de complicaciones respiratorias^{2,3}.

Presentamos el caso de un paciente al que se le realizó una colecistectomía abierta donde la anestesia epidural se consideró de elección. A continuación se describe el curso clínico y se realiza una breve revisión bibliográfica.

Caso clínico

Varón de 78 años, ASA IV, portador de marcapasos VDD por bloqueo auriculoventricular de tercer grado. Presenta EPOC severa fenotipo agudizador con bronquitis crónica (FEV/CV 42%, FEV1 30% del previsto), con más de 3 reagudizaciones anuales e ingresos por insuficiencia ventilatoria mixta. Disnea (escala modificada del *Medical Research Council*): grado III/IV (tabla 1). Estaba en tratamiento con broncodilatadores inhalados, corticoides orales y diurético. Asociaba oxigenoterapia domiciliaria 16 h diarias y ventilación mecánica no invasiva durante las horas de sueño.

Acudió al Servicio de Urgencias de nuestro centro por disnea de mínimos esfuerzos, progresando a disnea de reposo. Se observó una disminución global del murmullo vesicular con frecuencia respiratoria de 24 rpm y saturación periférica de oxígeno basal del 80%. Gasometría arterial al ingreso: pH 7,21, PCO₂ 75, PO₂ 54, bicarbonato 27,6, exceso de base -2,1, SatO₂ 80%. Durante su estancia se realizó una tomografía computarizada abdominopélvica por clínica de dolor abdominal, mostrando colecistitis aguda enfisematosa subsidiaria de cirugía urgente.

El paciente acudió a quirófano con mal estado general, presentando taquicardia supraventricular a 110 l/min⁻¹ y saturación de oxígeno (SpO₂) del 90% con gafas nasales 2 l/min⁻¹. Se monitorizó con electrocardiograma, presión arterial no invasiva con lecturas cada 5 min, pulsioximetría, diuresis y canalización de 2 vías periféricas (18 G). Se realizó anestesia epidural torácica (T7-T8) con aguja de Tuohy 18 G e inserción de catéter, quedando introducido 4 cm en el espacio epidural. Tras la administración de forma fraccionada de 8 ml de ropivacaína 5 mg/ml⁻¹, alcanzó nivel metamérico entre T5 y T10 sin necesidad de rescate analgésico. Hasta la instauración del bloqueo realizamos medición seriada de la presión arterial cada 3 min. Asociamos oxigenoterapia con gafas nasales 3 l/min⁻¹ monitorizando el

etCO₂ con capnógrafo, logrando obtener una SpO₂ en torno a 92-95%. Realizamos ansiolisis con 2 mg de midazolam intravenoso, logrando mantener en todo momento la ventilación espontánea. Respecto a la fluidoterapia intraoperatoria, se administró ringer lactato a razón de 10 ml/kg⁻¹, corrigiendo las pérdidas de fluido originadas por la cirugía y manteniendo las constantes estables. Se observó un descenso de la presión arterial del 10% respecto a las cifras basales en los primeros 20 min, sin precisar tratamiento adicional. A los 15 min del inicio de la anestesia comenzó la cirugía, consistente en colecistectomía abierta vía subcostal derecha. El procedimiento duró 40 min, transcurriendo este sin incidencias. Únicamente refirió molestia durante la incisión quirúrgica; el resto del tiempo permaneció sin dolor.

El posoperatorio se realizó en la Unidad de Recuperación Postanestésica, donde permaneció 3 h. Allí se inició una pauta analgésica multimodal consistente en paracetamol 1 g/8 h junto con perfusión continua intravenosa de metamizol 6 g en 250 ml de suero fisiológico a pasar en 24 h y perfusión continua vía epidural de ropivacaína 1 mg/ml⁻¹ con fentanilo 5 mcg/ml a 6 ml/h. Como tratamiento de rescate se prescribió una pauta con bolos de 3 mg de cloruro mórfico intravenoso, con dosis máxima de 6 mg en 4 h. Se mantuvo esta pauta durante las siguientes 48 h, presentando una puntuación media en la escala visual numérica de 1. El máximo dolor referido puntuó 3 a las 12 h de la intervención, sin precisar medicación de rescate analgésico durante su estancia. El paciente fue dado de alta a su domicilio a los 6 días de la cirugía, sin observarse complicaciones posoperatorias.

Discusión

En los pacientes con EPOC severa la anestesia epidural puede ofrecer ventajas sobre la anestesia general, ya que permite el mantenimiento de la ventilación espontánea mejorando la mecánica espiratoria y favoreciendo la fisioterapia respiratoria. Disminuye la posibilidad de broncoespasmo y el destete prolongado por necesidad de ventilación mecánica, ofreciendo un buen control analgésico perioperatorio³. Sin embargo, no está exenta de complicaciones. Se asocia a reducción de la capacidad vital y volumen espiratorio forzado en bloqueos altos con disminución de la capacidad pulmonar total, comprometiendo la ventilación espontánea. Igualmente, se describen alteraciones cardiovasculares y hemodinámicas (principalmente hipotensión arterial) por acción de los anestésicos locales sobre las fibras cardíacas simpáticas. Dichos efectos varían en función del tipo y la cantidad de anestésico empleado, la extensión del bloqueo sensorial y el nivel de simpatectomía. La forma de minimizarlo se basa en la elección cuidadosa de la dosis, el volumen y la concentración del fármaco a administrar, valorando el lugar de punción y la posición del paciente durante la cirugía. Por todo ello, su utilización en estos pacientes requiere el empleo de un sistema de monitorización hemodinámica y respiratoria muy cuidadoso.

Para la realización de este artículo se efectuó una búsqueda bibliográfica en PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) empleando las palabras clave «epidural anesthesia», «chronic obstructive pulmonary disease» y «cholecystectomy». Son escasas las referencias bibliográficas en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768244>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768244>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)