



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Cirugía torácica asistida por vídeo uniportal en paciente despierto

F.J. Alonso-García^{a,*}, J. Navarro-Martínez^a, C. Gálvez^b, M.J. Rivera-Cogollos^a,
C. Sgattoni^a e I.M. Tarí-Bas^a

^a Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Hospital General de Alicante, Alicante, España

^b Servicio de Cirugía torácica, Hospital General de Alicante, Alicante, España

Recibido el 26 de diciembre de 2013; aceptado el 11 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Cirugía torácica;
Anestesia epidural;
Despierto

KEYWORDS

Thoracic surgery;
Epidural anaesthesia;
Awake

Resumen La cirugía torácica asistida por vídeo se realiza tradicionalmente bajo anestesia general e intubación endotraqueal con tubo de doble luz. Sin embargo, en los últimos años se están llevando a cabo procedimientos que incluyen desde toracoscopias diagnósticas a cirugía de resección pulmonar en pacientes despiertos en ventilación espontánea bajo anestesia locorregional con o sin sedación, evitando así los riesgos inherentes a la anestesia general, a la intubación con tubos de doble luz y a la ventilación mecánica. Este tipo de aproximación se ha mostrado efectiva para permitir un adecuado abordaje quirúrgico, garantizando un idóneo nivel de analgesia, una correcta oxigenación de los pacientes, y facilitando su precoz recuperación postoperatoria^{1,2}. Presentamos 2 casos clínicos de cirugía torácica asistida por vídeo, una biopsia pulmonar y una resección pulmonar, realizados bajo anestesia epidural manteniendo al paciente despierto en ventilación espontánea, como parte de un proyecto de evaluación preliminar para la aplicación de dicha técnica anestésica en este tipo de cirugía en nuestro centro.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Single-port video-assisted thoracic surgery in an awake patient

Abstract Video-assisted thoracic surgery is traditionally carried out with general anaesthesia and endotracheal intubation with double lumen tube. However, in the last few years procedures, such as lobectomies, are being performed with loco-regional anaesthesia, with and without sedation, maintaining the patient awake and with spontaneous breathing, in order to avoid the inherent risks of general anaesthesia, double lumen tube intubation and mechanical ventilation. This surgical approach has also shown to be effective in that it allows a good level of analgesia, maintaining a correct oxygenation and providing a better post-operative recovery. Two case reports are presented in which video-assisted thoracic surgery was used, a lung

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjalogar@hotmail.com (F.J. Alonso-García).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2015.06.010>

0034-9356/© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

biopsy and a lung resection, both with epidural anaesthesia and maintaining the patient awake and with spontaneous ventilation, as part of a preliminary evaluation of the anaesthetic technique in this type of surgery.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las técnicas asistidas por vídeo en cirugía torácica han revolucionado dicha cirugía hacia la mínima invasión quirúrgica, hasta el punto de llevarse a cabo a través de esta técnica resecciones de nódulos pulmonares, segmentectomías y procedimientos de mayor complejidad, como lobectomías y neumonectomías.

Tradicionalmente, estos procedimientos se realizaban bajo anestesia general e intubación endobronquial selectiva. En los últimos años hay una creciente corriente hacia la realización de estos procedimientos en pacientes sometidos a anestesia locorregional con o sin sedación y en ventilación espontánea, mostrando resultados prometedores en términos de seguridad y efectividad, y reduciendo los riesgos inherentes a la anestesia general y la ventilación mecánica^{3,4}.

Casos clínicos

Caso clínico 1

Varón de 70 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, índice de masa corporal de 29, diagnosticado en el año 2011 de carcinoma nasofaríngeo y tratado de forma combinada con quimio y radioterapia, que presentaba 2 nódulos metastásicos en el lóbulo superior izquierdo. Tras dar el consentimiento informado, el paciente accedió a la realización de la cirugía de resección con anestesia locorregional y sedación.

A su llegada a quirófano se insertó catéter epidural a nivel de T4-T5 con aguja Tuohy 18G, administrándose una dosis total de 15 ml de bupivacaína al 0,5% en los 20 min posteriores a su colocación. A continuación se administraron 3 mg de midazolam y 75 mcg de fentanilo por vía intravenosa, manteniéndose en todo momento el paciente consciente. Se monitorizó la presión arterial invasiva mediante canalización de la arteria radial izquierda, electrocardiograma y pulsioximetría, además de realizar mediciones de PaCO₂ y PaO₂ con gasometrías seriadas. El paciente fue colocado en decúbito lateral derecho, permaneciendo en todo momento en respiración espontánea. La cirugía se realizó a través de un solo puerto tras incisión de unos 5 cm en el quinto espacio intercostal izquierdo, consiguiéndose un colapso del pulmón izquierdo adecuado. Tras neumotórax quirúrgico se evidenció una leve hipoxemia no acompañada de hipercapnia, con una pulsioximetría del 88% con buena tolerancia hemodinámica (presión arterial de 105/60 mmHg, frecuencia cardiaca

de 55 lpm en ritmo sinusal). Ante estos hallazgos se decidió administrar oxígeno en mascarilla Venturi con FiO₂ de 0,5, observándose una mejoría de la oxigenación (ver [tabla 1](#)) y manteniendo una buena mecánica ventilatoria. Tras finalizar la resección se insertó drenaje torácico conectándolo a succión por debajo de 10 cmH₂O. Se pidió al paciente que inspirase profundamente y tosiese, con lo que se obtuvo una reexpansión completa del pulmón colapsado.

El tiempo quirúrgico fue de unos 40 min, permaneciendo el paciente en la Unidad de Cuidados Intermedios quirúrgicos durante 3 h con adecuado control del dolor, sin fugas de aire. Tras comprobar la reexpansión completa del pulmón izquierdo con radiografía de tórax se trasladó a la unidad de hospitalización de cirugía torácica, reanudando las actividades básicas de la vida diaria al día siguiente de la cirugía, sin complicaciones.

Caso clínico 2

Varón de 68 años con índice de masa corporal de 38, exfumador con consumo acumulado de 75 paquetes-año, hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada estadio II según la escala GOLD, con sospecha de neumonitis por hipersensibilidad y patrón pulmonar centrolobulillar programado para biopsia pulmonar dirigida por videotoracoscopia. Tras dar el consentimiento informado el paciente accedió a la realización de la cirugía con anestesia locorregional.

A su llegada a quirófano se insertó catéter epidural a nivel de T3-T4 con aguja Tuohy 18G, administrándose una dosis total de 13 ml de bupivacaína al 0,5% durante los 30 min tras su colocación y consiguiendo un bloqueo segmentario adecuado. Se administró 1 mg de midazolam por vía intravenosa, manteniendo en todo momento al paciente consciente y en respiración espontánea. Se monitorizó la presión arterial invasiva mediante canalización de la arteria radial derecha, electrocardiograma, pulsioximetría y gasometrías seriadas para medición de PaCO₂ y PaO₂. El paciente fue colocado en decúbito lateral derecho, realizándose la cirugía a través de un solo puerto tras una incisión de 5 cm en el quinto espacio intercostal izquierdo, consiguiéndose un colapso del pulmón izquierdo adecuado. La gasometría basal del paciente en decúbito supino mostraba una hipoxemia sin hipercapnia. Antes del colapso y estando el paciente en posición de decúbito lateral derecho con aire ambiente, empeoró discretamente la hipoxemia acompañándose de disnea, por lo que se decidió administrar oxigenoterapia con gafas nasales de alto flujo a 30 l/min (Optiflow™) con FiO₂ de 1,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768315>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768315>

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