

MANEJO PERIOPERATORIO DE FARINGO ESOFAGO GASTRECTOMIA + FARINGO COLOPLASTIA : PRESENTACION DE CASO N° 1214

Mas Ramis Emilio*, Delgado JF**, Rubia Paula**, Riveros Walter***
 *Medico residente de Anestesiología del Hospital Dr. Guillermo Rawson , San Juan
 ** Médicos anestesiólogos del Hospital Dr. Guillermo Rawson , San Juan
 *** Jefe de Servicio de Anestesiología del Hospital Dr. Guillermo Rawson , San Juan

INTRODUCCION

Las lesiones producidas por productos cáusticos en el tracto digestivo de los pacientes son situaciones de poca frecuencia , que producen gran morbi-mortalidad en la población . Por lo que presenta un reto para el servicio de salud restablecer la funcionalidad del sistema digestivo y de esta manera mejorar la calidad de vida de las personas que sufren este tipo de lesiones .

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino de 42 años de edad , ex tabaquista , sin antecedentes patológicos conocidos , cuyo motivo de consulta fue disfagia , para líquidos y sólidos, posterior a ingestión de soda cáustica .

Se realiza diagnostico de estenosis faringoesofagica completa por imposibilidad de realizar VEDA y estudios de video deglución

Se decide proponer resolución quirúrgica , realizando faringo esófago gastrectomía + faringo coloplastia .

El paciente fue abordado por el equipo de medicina perioperatoria del HDGR (servicio de anestesiología , nutrición , psicología , educación física y cirugía) el cual fue el encargado de optimización nutricional , anemia perioperatoria , psicoprofilaxis y ejercitación muscular.

La anemia se optimizo administrando eritropoyetina , sacarato de hierro durante 7 días , nutricionalmente se brindo una dieta hipercalorica al paciente , se programaron encuentros con psicología para técnicas de relajación y mindfullnes al igual que la ejercitación con los profesores de educación física.

Durante el intraoperatorio la técnica anestésica fue anestesia balanceada con Remifentanilo TCI efecto , Sevofluroano , Propofol TCI efecto en dosis antiemeticas , Rocuronio con posterior reversión con Sugammadex . Para analgesia postoperatoria se coloco catéter peridural torácico , donde se infundio lidocaina continua intraoperatoria y se administro morfina + clonidina en bolo peridural , también se utilizo premedicacion con acido tranexamico , dexametasona , metronidazol , gentamicina , ranitidina , ketorolac y dipirona . Se utilizo noradrenalina como medicación vaso activa según valores de tensión arterial media . No se necesitaron transfusiones de glóbulos rojos durante la cirugía.

Para monitoreo se utilizo ECG de 5 derivaciones , oximetria de pulso , presión arterial invasiva , capnografia , temperatura , profundidad anestésica con CONOX , diuresis horaria y gasometria arterial con medio interno.

En el transcurso de la cirugía el paciente presento estabilidad hemodinámica , sin grandes requerimientos de vasoactivos, solo hubo periodos de hipotensión asociado a arritmias cardiacas frente a la estimulación mediastinal por parte del cirujano , las mismas cedían una vez finalizado el estímulo .

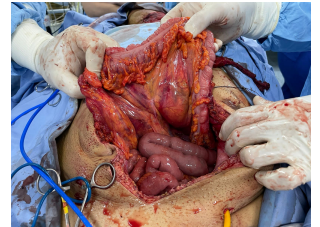
La cirugía tuvo una duración de 6hs , con resección completa de faringe , esófago , estomago mas faringo coloplastia , se decide realizar traqueostomía para protección de vía aérea .

La educación anestésica fue realizada con éxito en quirófano , sin requerimientos de vasoactivos , estable hemodinamicamente con posterior pase a URPA y luego a STIA del HDGR para recuperación posquirúrgica.

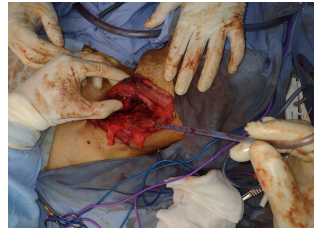
En el postoperatorio el paciente estuvo en STIA durante 7 días , en el cual se realizo controles de analgesia cada 8 hs , con morfina reglada cada 24 hs por 3 días + infusión continua de bupivacaina 0,125% y fentanilo 2mcg/ml a 6 ml/hr . Presento neumotorax bilateral por lo que se coloco tubo de avenamiento pleural sin otras complicaciones . Se decide pase a servicio de cirugía general para continuar con recuperación postquirúrgica.

DISCUSION

La cirugía mayor de tracto gastrointestinal , con resecciones y anastomosis del mismo , son un desafío para el manejo perioperatorio debido a la alta tasa de dehiscencia de anastomosis con un posterior fracaso de la cirugía. Por lo que el manejo hemodinamico guiado por objetivos debe ser el pilar fundamental en esta cirugía , al igual que el manejo analgésico por vía peridural torácica . Este abordaje analgésico es crucial para disminuir el estrés e impacto quirúrgico que recibe el paciente y de esta manera asegurar una optima recuperación y pronta reinserción en sus actividades de vida diaria . El trabajo en equipo y multidisciplinario garantizan buenos resultados en este tipo de cirugías .



Nota. Porción de colon transverso utilizado para reemplazar esófago



Nota. Incisión cervical lateral izquierda , previo a anastomosis superior de colon transverso.



Nota . Pieza quirúrgica completa .
Faringe - Esófago - Estomago .