

Queirola Mollá, V*; De Vita, S**; Delgado, JF**; Varas, P**; Riveros, W***.

*Médica residente de Anestesiología del Hospital Dr. Guillermo Rawson, San Juan (HDGR).

**Médicos anestesiólogos del HDGR, San Juan.

***Jefe de Servicio de Anestesiología del HDGR, San Juan.

INTRODUCCION:

El sarcoma de Ewing (SE) representa el segundo tumor primario de hueso más común en niños y adolescentes, excedido en prevalencia solo por el osteosarcoma. Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de SE en escápula derecha, quien fue sometida a escapulectomía con conservación de miembro superior, abordada bajo equipo multidisciplinario del HDGR, en el cual se destaca el manejo perioperatorio del mismo.

PALABRAS CLAVES:

Perioperatorio. Anestesia Regional. Cáncer.

METODO:

Reporte de caso.

CASO CLINICO:

Paciente de sexo femenino de 20 años de edad, peso 48 kg, IMC 16, ex tabaquista, con antecedentes de reflujo gastroesofágico, cuyo motivo de consulta fue tumoración en cintura escapular, omalgia severa en aumento e impotencia funcional del miembro superior derecho. Se realiza diagnóstico de SE escapular por imagenología y biopsia. Fue abordada de manera perioperatoria por equipo multidisciplinario del HDGR (servicio de traumatología, anestesiología, clínica médica, hemoterapia, oncología, psiquiatría, cuidados paliativos -CP-, psicología, y nutrición), el cual optimizó el riesgo nutricional de la paciente, la anemia mediante administración de feroterapia parenteral y eritropoyetina, manejo del dolor por CP, psicoprofilaxis (contención, técnicas de relajación y visita guiada a quirófano), ansiólisis farmacológica, entre otros abordajes.

En el intraoperatorio, ingresa para escapulectomía con conservación de miembro superior. Se realizó antibioticoprofilaxis, gastroprotección, profilaxis antiemética, protección térmica con manta y fluidoterapia guiada por objetivos, protección ocular y del decúbito lateral. La técnica anestésica elegida fue combinada general y regional: TIVA con Remifentanilo y Propofol TCI efecto, Rocuronio, Lidocaína en infusión continua peridural a través de catéter torácico (T3). Se realizó analgesia multimodal: endovenosa (EV), regional neuroaxial (peridural) y periférico (bloqueo ecoguiado de plexo braquial a nivel interescalénico y de plexo cervical superficial) previo al abordaje quirúrgico. Se utilizó noradrenalina como vasopresor, se realizó ácido tranexámico, y transfusión de 1 unidad de glóbulos rojos al finalizar la cirugía.

Se procede a la educación después de 8 horas de cirugía, sin complicaciones, con posterior pase a Servicio de Terapia Intensiva (STIA) del HDGR para recuperación posquirúrgica, cumpliendo 48 hs, donde se realizó manejo del dolor EV con Fentanilo y AINES, y peridural con morfina reglada cada 24 hs. Luego se procede al pase a sala de traumatología en la cual se manejó la analgesia peridural con infusión continua de Bupivacaína 0.125% y fentanilo 2ug/ml, Paracetamol, y Oxidodona. Finalmente se dio el alta a las 24 hs, siendo la estadía hospitalaria total de cuatro días. Tres meses posteriores al acto quirúrgico, reingresa al servicio de clínica médica con diagnóstico de metástasis generalizadas y lumbalgia invalidante, con deceso posterior en el transcurso de su internación.

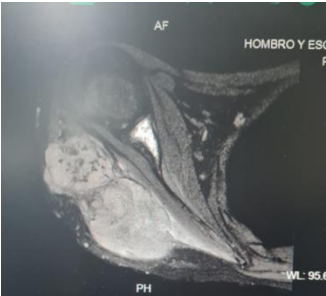


Imagen N° 1: Resonancia magnética de cintura escapular derecha en corte axial. Tumor escapular.



Imagen N° 2: Incisión quirúrgica para escapulectomía por Sarcoma de Ewing escapular.

RESULTADOS:

Los pacientes oncológicos representan un desafío para el equipo quirúrgico debido a sus comorbilidades, a la patología en sí y a las complicaciones que representa someter a los mismos a grandes resecciones tumorales. En este caso, el abordaje perioperatorio multidisciplinario y con estrategias intraquirúrgicas, facilitaron la posterior recuperación de la paciente con buenos resultados a corto plazo, manejo analgésico óptimo, dándole una sobrevida libre de dolor.

CONCLUSIONES:

El manejo del dolor agudo postoperatorio (DAP) es aún más desafiante en estos pacientes ya que presentan dolor crónico previo a la cirugía, se encuentran polimedicados y las incisiones quirúrgicas para este tipo de tumores son disparadoras de innumerables mecanismos inflamatorios que perpetúan el dolor. El abordaje multimodal del mismo resulta crucial a la hora de plantear la estrategia pre, intra y postquirúrgica.