

Manejo anestésico para paciente con labio y paladar hendidos

Dra. Yeshica Reséndiz-Álvarez*

* Anestesióloga Cardiovascular y Cardiopatías Congénitas.

Hablando un poco de historia, en 1847 John Snow comenzó a usar cloroformo para anestesiarse a pacientes para reparación de fisuras labiales, esta técnica se utilizó en 147 pacientes entre 3 y 6 semanas de vida, en la literatura se menciona cierre de paladar hasta 1850 en la revista Lancet en un paciente masculino de 7 años en el cual se realiza el cierre del labio y del paladar con un intervalo de una semana entre una cirugía y otra, la desventaja con el uso del cloroformo era la náusea y vómito postoperatorio que presentaban los pacientes, Magill en 1921 fue el primero en introducir un catéter endotraqueal para este tipo de cirugías; con el advenimiento del halotano y la pieza en T, este tipo de cirugías se volvió más fácil y con menores riesgos, para 1958 se logró limitar el sangrado transoperatorio con la administración de adrenalina en el sitio quirúrgico, volviéndose un método práctico y efectivo.

La anestesia para labio y paladar hendidos está asociada con múltiples complicaciones, por lo que se han diseñado algunas guías para mantener la seguridad de los pacientes sometidos a estas cirugías bajo anestesia general⁽¹⁾.

El anestesiólogo debe de estar familiarizado con este tipo de casos, con la monitorización y el manejo anestésico del paciente pediátrico; la incidencia de labio y paladar hendidos es de 1:800 y debido a las complicaciones perioperatorias de la vía aérea principalmente, este tipo de procedimientos se han vuelto un reto para el anestesiólogo, se reporta una incidencia de complicaciones relacionadas con la vía aérea de un 4 a un 38%⁽²⁾.

Hay varios factores, primero tenemos los relacionados con el paciente (edad, peso, los relacionados con la vía aérea del paciente, los antecedentes médicos, presencia de anomalías craneofaciales siendo las más frecuentes el síndrome de Pierre Robin, síndrome de Treacher Collins y síndrome de Goldenhar)⁽³⁾. La incidencia de cardiopatías asociadas con el labio y paladar hendidos es de un 5 hasta un 10%⁽³⁾ y también tenemos los relacionados con el procedimiento (la

técnica quirúrgica, la duración del procedimiento, la técnica anestésica), se dice que las complicaciones se presentan con mayor frecuencia en el personal poco familiarizado con el procedimiento, el personal debe de estar perfectamente adiestrado en el manejo de la vía aérea pediátrica, accesos venosos, resucitación hídrica y cardiovascular avanzada⁽¹⁾.

EVALUACIÓN PREOPERATORIA

La evaluación preoperatoria incluye una adecuada y detallada historia clínica donde se incluya un examen físico completo, historia familiar reacciones adversas en procedimientos anestésicos, antecedentes perinatales, anomalías congénitas y otras condiciones médicas que puedan complicar el procedimiento, es importante preguntar sobre infecciones del tracto respiratorio, ya que están directamente relacionadas con las complicaciones, en caso de que el paciente tenga fiebre o algún dato de infección, se tendrá que diferir el procedimiento entre 2 y 4 semanas, hasta que se dé tratamiento o se resuelva el cuadro infeccioso, se realizó un estudio en donde se observó que la incidencia de complicaciones subió hasta en un 23% en pacientes que presentaban datos de resfriado común versus un 4% de complicaciones en niños sanos⁽³⁾.

En el caso de cierre de labio, el cual se realiza a los 3 o 4 meses de vida, se realizó un estudio retrospectivo en el que se encontró que había cinco veces más riesgo de complicaciones en niños con peso menor a 10 kg, hemoglobina menor a 10 g/dL, y en menores de 10 semanas de vida⁽³⁾.

Dentro de los estudios de laboratorio se debe de contar con biometría hemática completa así como tiempos de coagulación, la placa de tórax y el electrocardiograma sólo se reservará para aquellos pacientes en los que se encuentran alteraciones cardiorrespiratorias. Es importante explicar ampliamente a los padres lo que se va a realizar y los riesgos posibles de este procedimiento, así como resolver sus dudas.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

En cirugías de paladar en los que se prevea un sangrado importante es necesario contar con un banco de sangre que responda ante una urgencia. Tomando en cuenta que la mayoría de las cirugías son electivas, es importante recalcar el ayuno que los pacientes deben tener, dos horas a líquidos claros, cuatro horas a leche y seis horas a sólidos⁽¹⁾. La premedicación se debe de considerar en estos pacientes, con midazolam vía oral de 0.5 a 1 mg/kg de peso.

TRANSANESTÉSICO

La preparación para iniciar el acto anestésico debe de realizarse antes de la llegada del paciente a quirófano, con una adecuada máquina de anestesia, que cuente con el equipo de monitorización pediátrica básica, en el cual se incluye oximetría de pulso, capnografía electrocardiograma de cinco derivaciones, presión arterial no invasiva y temperatura. La sala de operaciones se debe de encontrar a una temperatura adecuada y es importante contar con colchón térmico principalmente en pacientes menores de un año de edad⁽⁴⁾. Se debe de contar con hojas de laringoscopia pediátricas así como con sondas orotraqueales adecuadas para la edad del paciente.

Al llegar a la sala de operaciones se debe monitorizar al paciente y realizar una inducción inhalatoria con sevoflurano para poder canalizar al niño (esto en caso de que el paciente no cuente con una vía periférica permeable, de contar con ella la inducción se realizará intravenosa). El uso de la atropina en los niños no es rutinario, esto dependerá de cada paciente, se ha visto que en inducciones que se realizan de forma lenta, los cambios hemodinámicos son mínimos⁽⁴⁾. No existe un narcótico de elección, se puede usar fentanilo, sufentanyl o incluso remifentanyl, siempre tomando en cuenta que es importante no tener cambios bruscos en la frecuencia cardíaca del paciente; el inductor que más se ha usado en estos pacientes es el propofol a dosis de 2 a 3 mg/kg ayudando tbñ con estas dosis a la parálisis de las cuerdas vocales ya que como es sabido el uso de relajantes neuromusculares en niños no es recomendado ya que ellos presentan inmadurez de la placa neuromuscular y el relajante no tendrá afinidad por el receptor⁽⁵⁾. Es importante la fijación

de la sonda orotraqueal ya que dentro de las complicaciones se puede presentar la extubación en algún momento de la cirugía⁽⁴⁾.

Dentro de la medicación transoperatoria (antes de la incisión) está recomendado el uso de acetaminofén rectal 30 a 40 mg/kg, antibiótico y dexametasona 0.25 mg/kg para evitar edema de la vía aérea⁽¹⁾. Se habla del bloqueo del nervio infraorbitario bilateral con 1 a 3 cm³ de bupivacaína 0.5%, y del bloqueo del nervio supracigomático bilateral, esto con la finalidad de disminuir los requerimientos analgésicos en el postoperatorio^(6,8).

El mantenimiento se puede realizar con sevoflurano y fentanyl en perfusión.

La combinación ketamina a 0.15 µg/kg y dexmedetomidina 0.3 µg/kg es una buena opción para el manejo de dolor postoperatorio, ya que en estos pacientes el uso de opioide como analgésico es relativamente arriesgado por la posibilidad de depresión respiratoria⁽⁷⁾.

POSTOPERATORIO

Ya extubado el paciente y que tenga respiración espontánea y con saturación por arriba del 96% se debe de trasladar al paciente a una unidad de cuidados postanestésicos, la cual deberá contar con la monitorización básica, aspirador y el personal adecuado para reconocer y responder ante una urgencia como lo es un sangrado importante o una obstrucción de la vía aérea, ahí estará al menos dos horas en vigilancia estrecha, y se podrá dar de alta a su habitación donde se continuará bajo vigilancia durante 12 horas, el paciente por ningún motivo podrá ser dado de alta directo a su casa de la UCPA y se le orientará al familiar sobre los datos de alarma que debe de vigilar en las primeras 24 a 48 horas. De ser necesario el uso de analgésicos, se recomienda acetaminofén 15 mg/kg vía oral.

COMPLICACIONES

En un estudio realizado en 300 pacientes durante dos años, la complicaciones más frecuentes fueron: hipoxia 10.7%, dificultad para la intubación 9.7%, obstrucción de la sonda orotraqueal 8.4%, reintubación 4.9%, laringoespasma 3.1%, extubación accidental 2.4% y broncoespasma 0.3%⁽²⁾.

REFERENCIAS

1. SmileTrain. Anesthesia Guidelines. 2014.
2. Kwari DY, Chinda JY, Olasoji HO, Adeosun OO. Cleft lip and palate surgery in children: anaesthetic considerations. Afr J Paediatr Surg. 2010;7:174-177.
3. Jackson O, Basta M, Sonnad S, Stricker P, Larossa D, Fadijo J. Perioperative risk factors for adverse airway events in patients undergoing cleft palate repair. Cleft Palate Craniofac J. 2013;50:330-336.
4. Kulkarni KR, Patil MR, Shirke AM, Jadhav SB. Perioperative respiratory complications in cleft lip and palate repairs: an audit of 1,000 cases under Smile Train Project. Indian J Anaesth. 2013;57:562-568.
5. Rajan S, Gotluru P, Andrews S, Paul J. Evaluation of endotracheal intubating conditions without the use of muscle relaxants following induction with propofol and sevoflurane in pediatric cleft lip and palate surgeries. J Anaesthesiol Clin Pharmacol. 2014;30:360-365.
6. Chiono J, Raux O, Bringuier S, Sola C, Bigorre M, Capdevila X, et al. Bilateral suprazygomatic maxillary nerve block for cleft palate repair in children: a prospective, randomized, double-blind study versus placebo. Anaesthesiology. 2014;120:1362-1369.
7. Kayyal TA, Wolfswinkel EM, Weathers WM, Capehart SJ, Monson LA, Buchanan EP. Treatment effects of dexmedetomidine and ketamine on postoperative analgesia after cleft palate repair. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2014;7:131-138.
8. Suresh S, Schaldenbrand K, Wallis B, De Oliveira GS Jr. Regional anaesthesia to improve pain outcomes in paediatric surgical patients: a qualitative systematic review of randomized controlled trials. Br J Anaesth. 2014;113:375-390.