

Anestesia para estapedectomía, un reto para el anestesiólogo

Dr. Bernardo Rueda-Torres*

* Médico Anestesiólogo Hospital Ángeles Pedregal.

La estapedectomía, cirugía realizada para recuperar la audición en pacientes con otoesclerosis, consiste en la realización de una fenestra en la platina y la colocación de una prótesis que sustituye la función del estribo. La otoesclerosis es una enfermedad primaria focal multifactorial (hereditaria, autosómica, dominante con penetrancia y expresión variables, por procesos inflamatorios, alteraciones vasculares, factores hormonales o autoinmunes). Su prevalencia en población general es entre 0.2 y 1% y frecuentemente la afectación es bilateral.

La cirugía de oído medio, debido a la delicadeza de sus estructuras y el espacio reducido, requiere un campo quirúrgico prácticamente exangüe, exige la movilización de la cabeza hacia el lado contralateral, que puede causar disminución del retorno venoso y congestión venosa, una recuperación suave y calmada sin movimientos bruscos y libre de náusea y vómito postoperatorios. Idealmente es una cirugía que debe realizar un cirujano con experiencia para disminuir el tiempo quirúrgico. Es importante mencionar que la curva de aprendizaje se logra al realizar 50 estapedectomías logrando así un cierre de la brecha ósea-aérea de 10 dB en el 90% de las cirugías.

La estapedectomía se puede realizar bajo anestesia general, cuidados anestésicos monitorizados o incluso bajo anestesia local sin sedación en el consultorio, siempre que se seleccione adecuadamente al paciente.

La Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) define los cuidados anestésicos monitorizados (CAM) como un procedimiento anestésico planeado durante el cual se realiza un procedimiento diagnóstico o terapéutico bajo anestesia local junto con sedación y analgesia. Los elementos esenciales del CAM incluyen sedación segura, control de la ansiedad del paciente y analgesia.

Las ventajas son menor sangrado, rápida recuperación, analgesia postoperatoria, menor costo y, más importante aún, la posibilidad de evaluar la audición transoperatoria. Es requisito importante que el paciente esté informado de cómo se realiza la cirugía, que puede escuchar ruidos en el transoperatorio y aceptar que se realice bajo sedación; de lo contrario, la anestesia general estará indicada.

La satisfacción de los pacientes es mayor del 89% y preferirían ésta técnica en una cirugía futura.

Existen diversos fármacos para proveer ansiólisis, sedación, y analgesia como el midazolam, diazepam, propofol, ketamina, dexmedetomidina y fentanilo, cada uno con sus ventajas, desventajas y perfil farmacológico característico.

La dexmedetomidina es un α_2 agonista altamente selectivo que actúa a nivel central con efectos analgésicos y sedantes sin depresión respiratoria, actúa como simpaticolítico y puede atenuar la respuesta al estrés quirúrgico manteniendo la estabilidad hemodinámica. El propofol, comúnmente usado para sedación, es un agente hipnótico sedante de acción ultracorta con inicio de acción rápida, potencia sustancial, con tiempo de recuperación extremadamente corto y alta satisfacción del paciente por sus propiedades eufóricas y antieméticas. Aunque existen trabajos como el de Nallam y colaboradores, reportan mejor analgesia intra- y postoperatoria y un campo quirúrgico exangüe usando nalbupina/dexmedetomidina, comparado con nalbupina/propofol.

En caso de utilizar anestesia general, se deberá extubar al paciente en plano profundo para evitar al máximo que tosa o luche con el tubo endotraqueal y se deberá evaluar muy bien el riesgo de náusea y vómito postoperatorios para seleccionar muy bien los fármacos, ya que el vómito o las arcadas pueden desplazar la prótesis o causar sangrado con repercusiones importantes en el resultado quirúrgico.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Huges GB. The learning curve in stapes surgery. *Laryngoscope*. 1991;101:1280-4.
2. Thota RS, Ambardekar M, Likhate P. Conscious sedation for middle ear surgeries: a comparison between fentanyl-propofol and fentanyl-midazolam infusion. *Saudi J Anaesth*. 2015;9:117-21.
3. Liang S, Irwing MG. Review of anesthesia for middle ear surgery. *Anesthesiol Clin*. 2010;28:519-28.
4. Ghisi D, Fanelli A, Tosi M, Nuzzi M, Fanelli G. Monitored anesthesia Care. *Minerva Anesthesiol*. 2005;71:533-8.
5. Gupta K, Bansal M, Gupta PK, Pandey MN, Agarwal S. Dexmedetomidine infusion during middle ear surgery under general anesthesia to provide oligoemic surgical field: a prospective study. *Indian J Anaesth*. 2015;59:26-30.
6. Nallam SR, Chirubella S, Reddy A. Monitored anaesthesia care- Comparison of nalbupine/dexmedetomidine versus nalbuphine/propofol for middle ear surgeries. A Double-blind randomised trial. *Indian J Anaesth*. 2017;61:61-7.
7. Shoman N. Pilot study assessing the feasibility and clinical outcomes of office-based ossiculoplasty. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2019;128:50-55.

www.medigraphic.org.mx