

ANESTESIA EN CIRUGIA PLASTICA

INTRODUCCION

La cirugía plástica empezó como una especialidad dirigida a la c. reconstructiva de piel y tejidos blandos.

Abarca la totalidad del cuerpo.

Ha sido pionera en el reimplante de nervios y tendones después de traumatismos y también en la realización de injertos libres microvascularizados.

Aunque abarca todo el espectro de pacientes ,en general son jóvenes y sanos.

Con gran frecuencia los pacientes tienen por diversos motivos transtornos psicológicos.

Es muy importante la visita preoperatoria, ya que disminuye la ansiedad que comporta la intervención quirúrgica.

Hay que tener especial atención en :

- Dificultad de intubación , ya que la cirugía que se realiza en o alrededor de la vía aérea presenta mayor incidencia de intubación difícil. Es del 11 % frente al 2% de la cirugía en general.
- Control de sangrado : Hay que pensar en la posibilidad de realizar una autotransfusión para intervenciones sangrantes y pacientes sanos.

PROTECCION DE LAS VIAS AEREAS

En esta cirugía es conveniente realizar una protección de las mismas mediante un taponamiento faríngeo posterior con venda de gasa húmeda ya que :

- Absorbe las secreciones y sangre allí acumuladas.
- Retiene fragmentos óseos y dentarios .

- Contribuye a la inmovilización del tubo endotraqueal .

TECNICAS DE CONTROL DE SANGRADO

Mediante :

- Infiltración de vasoconstrictores
- Profundizando la anestesia
- Manteniendo una ventilación controlada correcta → Normocapnia
- Colocando al paciente en ligero Antitrendelenburg de 15 a 25 grados
- Realizando una hipotensión controlada moderada con P.A.M.> O = A 60 mm Hg

TRANSFUSION AUTOLOGA PROGRAMADA

Muy aconsejable en este tipo de pacientes, que son sanos, pero que a veces las pérdidas hemáticas pueden ser importantes. Ya que no podemos descartar la transmisión de enfermedades víricas y los accidentes inmunológicos si se realiza una transfusión homóloga.

TIPOS DE PACIENTES

- Pacientes Ansiosos
- Pacientes Ansiosos por la Intervención
- Pacientes Confiados

Los clasificamos así porque en muchos casos llegan a la especialidad con un informe o tratamiento psiquiátrico, ya que su patología les afecta desde el punto de vista psicológico.

PACIENTES ANSIOSOS

Estos pacientes presentan generalmente una patología crónica y han sido intervenidos en múltiples ocasiones .

Aceptan mal la anestesia y refieren malas experiencias anteriores. Exigen hipnosis rápidas dificultan la venoclisis, rechazando la intervención a veces en el mismo momento de ir a quirófano, o incluso ya en el.

Entre ellos están :

- Secuelas de quemaduras
- Malformaciones congénitas
- Reconstrucción tras cirugía oncológica
- Secuelas de traumatismos faciales

PACIENTES ANSIOSOS POR LA INTERVENCION

Incluimos aquí la patología aguda y aquellas enfermedades que para el paciente son más visibles que dolorosas

Entre ellos están :

- Patología aguda → Traumatismos óseos faciales
- Enfermedades locales → Osteomielitis
- Patología oncológica → T. Basocelular - Melanomas

De la clasificación anterior destacaremos los traumatismos óseos faciales, por su frecuencia y particularidades de los mismos .

Los TRAUMATISMOS OSEOS FACIALES los dividiremos en :

- F. Maxilar inferior : Son los más frecuentes.

- F. Maxilar superior y huesos adyacentes clasificados según Lefort en :
 - Lefort I → Fractura maxilar superior por encima de la arcada dentaria.
 - Lefort II → Fractura piramidal del maxilar superior
 - Lefort III → Fractura horizontal que pasa por las fisuras orbitarias superiores, corresponde a la disyunción craneofacial.
- F. Arco cigomático → Si hay desplazamiento posterior del mismo puede dificultar la intubación por bloqueo de la A.T.M.
- F. Malar
- F. Nasal

En estos traumatismos puede verse alterada la permeabilidad de la vía aérea, las causas de obstrucción serán :

- Fragmentos óseos y tejidos blandos desplazados
- Grandes hematomas y hemorragias
- Edemas
- Cuerpos extraños

El tratamiento será :

- Si hay síntomas de asfixia → Intubación traqueal urgente.
- No intubación nasotraqueal sin antes descartar fracturas de base de cráneo, a fin de evitar las falsas vías intracraneales.
- Traqueotomía previa a la intervención en caso de destrucción importante del macizo facial.

Heridas por arma de fuego → Tratamiento urgente antes de seis horas .

Descartar patología asociada que pueda quedar enmascarada por la espectacularidad de las lesiones faciales .

Si hay disminución de la apertura bucal , ver si esta es refleja por dolor, o mecánica por desplazamiento de las estructuras faciales y bloqueo de la A.T.M.

En el primer caso, al dormir el paciente este abrirá la boca y el paciente se podrá intubar con normalidad .

En el segundo caso si hay bloqueo de la A.T.M. aunque durmamos al paciente y lo relajemos este no abrirá la boca, por lo que la intubación resultará difícil o imposible .

En caso de cerclaje intermaxilar se colocará una sonda nasogástrica para la alimentación del paciente en el postoperatorio.

Se aspirará el estómago y se darán drogas antieméticas para evitar el vómito.

También tendremos en la cabecera del paciente unas tijeras o corta alambres, para poder cortar el cerclaje en caso de que el vómito se produzca.

Estos pacientes deben pasar a una sala de cuidados postoperatorios al finalizar la intervención.

PACIENTES CONFIADOS

Se trata de pacientes que confían que el acto quirúrgico les va a producir una satisfacción generalmente desde el punto de vista estético.

Entre ellos están :

- Alteraciones mamarias :

- Gigantomastias
- Hipoplasia mamaria
- Ginecomastia
- Asimetría mamaria

- Exéresis adiposas :

- Lipectomias
- Liposucciones
- Lipodistrofias → Enfermedad de Madelung

- Deformidades nasales :

- Rinoplastias
- Septoplastias

ELECCION DEL TIPO DE ANESTESIA

Dependerá del tipo de intervención a realizar y de las características particulares de cada paciente.

Pueden ser :

- A. Local
- A. Regional

- A. General Ambulatoria
- A. General con Hospitalización

ANESTESIA LOCAL

Mediante la infiltración o bloqueos tronculares con anestésicos locales.

Hay que descartar posibles alergias.

Tener a nuestro alcance un equipo básico de reanimación.

Los anestésicos locales del grupo ester dan reacciones alérgicas con mas frecuencia, los del grupo amida son más seguros.

No debemos sobrepasar las dosis máximas para cada tipo de anestésico local.

ANESTESIA REGIONAL + SEDACION

Se realizará para la cirugía de extremidades ya sean superiores o inferiores.

En la cirugía de extremidades superiores la técnica anestésica mas utilizada es el Bloqueo del Plexo axilar por vía axilar, mediante neuroestimulador.

También podemos utilizar la anestesia Regional endovenosa, que presenta casi un 100% de éxitos, pero tiene un inconveniente importante, que es la pérdida del bloqueo al suprimir el torniquete.

En cirugía de extremidades inferiores utilizamos :

- Anestesia epidural
- Anestesia Intradural
- Bloqueo del pié

La elección se realiza según la localización y la extensión de la lesión a tratar.

ANESTESIA GENERAL AMBULATORIA

Indicada en :

- Intervenciones de corta duración
- Intervenciones no sangrantes

Utilizaremos anestésicos y analgésicos de vida media corta.

Control postoperatorio en una sala de despertar, hasta la total recuperación de la anestesia.

Debemos contar con la presencia de un familiar o acompañante para el traslado del paciente a su domicilio y posterior control en el mismo.

ANESTESIA GENERAL CON HOSPITALIZACION

Indicada en :

- Intervenciones sangrantes
- Intervenciones de larga duración
- De gran agresividad quirúrgica
- Que presenten problemas de alimentación posterior
- También en pacientes A.S.A. III o IV con patología asociada importante.

Dentro de las intervenciones de larga duración destacaremos los INJERTOS LIBRES MICROVASCULARIZADOS, son intervenciones complejas de larga duración, mas de ocho horas.

En estas intervenciones lo mas importante es mantener al paciente normotenso vasodilatado, caliente, con buen relleno capilar, a fin de evitar el vasoespasmo y garantizar la supervivencia de los injertos.

También es aconsejable realizar una hemodilución ligera y la utilización de expansores del plasma ya que son antiagregantes plaquetarios y favorecen la microcirculación.

- Cristaloides 7 ml. kg. h.
- Reemplazar las pérdidas hemáticas .
- Coloides 7 ml. Kg. (500 ml.) al dia, durante tres dias.

No utilizaremos nitroso en intervenciones de mas de ocho horas de duración.

Realizaremos una protección de las zonas de apoyo, a fin de evitar escaras por presión

POSTOPERATORIO

Los resultados de la cirugía plástica pueden ser influenciados por el modo de despertar de la anestesia y los primeros cuidados postoperatorios.

Se puede ver aumentado el riesgo de hematomas por :

- Despertar tormentoso : Agitación y lucha con el tubo endotraqueal.
- Hipertensión súbita, puede ser efecto rebote a la hipotensión realizada en el período operatorio.
- Temblores debidos a hipotermia.
- Esfuerzos debidos a nauseas y vómitos postoperatorios.

Todo lo anterior con hipotensión importante en lugar de hipertensión, puede comprometer la supervivencia de los colgajos libres y pediculados.

El dolor postoperatorio en gran parte de estos pacientes no es muy intenso, especialmente si se han utilizado anestésicos locales .

En muchas ocasiones el dolor es por compresión, debido a los edemas, por lo que elevar la zona operada, aplicar frío local y administrar antiinflamatorios nos ayudará a disminuirlo.

BIBLIOGRAFIA

- HANDBOOK OF CLINICAL ANESTHESIA
Goldstone and Pollard
Plastic Surgery - R.Greenbaum
Editorial: Churchill Livingstone
- ENCICLOPEDIA FRANCESA M. C.
- ANESTHESIA

Ronald D.Miller

Editorial: Churchill Livingstone

- ANESTHESIA FOR MICROVASCULAR SURGERY

D.Green

- ANESTHESIA FOR FACIAL PLASTIC SURGRY

Thomas A. Nique

Editorial: Thieme

- ANESTHESIA FOR PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE SURGERY

R. Abadir

G. Humayun

Editorial: Mosby Year Book