



La anestesia en la fisura Labiopalatina

Cirugía Plástica Peruana
Vol I Num 3
Enero - Diciembre 1997
Págs 107-108



Dr. Italo Fernandez Dávila

Resumen

La anestesia general es el método de elección en la cirugía de la fisura labiopalatina, su combinación con anestesia local más vasoconstrictor, hace que disminuya el consumo de anestésico general, y que a la vez permita una cirugía en un campo operatorio más limpio. Describimos algunas recomendaciones de la experiencia lograda en esta cirugía en el trabajo desarrollado por el grupo CIRPLAST.

Palabras claves: Anestesia, fisura labiopalatina

Anesthesia on the cleft palate patient

Abstract

General anesthesia is the preferred method for cleft lip and palate patients. Infiltrating a combination of local anesthetic and vasoconstrictor, reduces the use of the general anesthetic and helps the operating field stay drier. A description and recommendation of Cirplast's experience in this kind of surgery is presented.

Key words: Anesthesia, cleft lip and palate.

INTRODUCCION

La fisura labiopalatina es una patología frecuente en nuestro medio, para ello, la anestesia general es el método más utilizado, con el Halothano y el Sevoflurane como gases inhalatorios más comunes. En niños es necesario realizar una evaluación del estado general, con frecuencia se encuentran algunos casos en los cuales hay predominio de algún grado de compromiso bronquial, con hiperreacción que se traduce con presencia de secreciones al momento de realizar la inducción y la intubación. (Holsworth 1970, Millard 1976). La utilización de vasoconstrictor en la infiltración, asociado al uso de los gases mencionados, puede desencadenar arritmias cardiacas, por lo que es necesario monotizar al paciente. (Kernahan 1990).

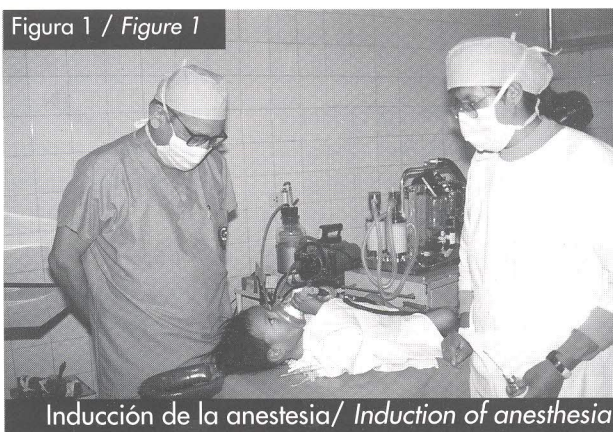
Las variaciones de Presión arterial durante el acto operatorio puede asimismo desencadenar sangrado que aparentemente no estaba presente. (Stark 1968). En este trabajo describimos la metodología que seguimos en el grupo CIRPLAST tanto en Lima como en provincias.

METODOLOGIA

Previo evaluación general de los pacientes que van a ser sometidos a cirugía, y del riesgo quirúrgico, realizamos la premedicación con la administración de Midazolam a 0.1 mg por kg de peso 30 a 40 minutos previos a la cirugía, mediante una jeringa de 3 cc. en ambas fosas nasales.

La inducción se realiza mediante la administración de Halothano o Sevoflurane (figura 1). Se efectúa la intubación con tubos anatómicos doblados, sin la utilización de relajante muscular. Se mantiene la anestesia general con niveles muy superficiales de anestésicos, lo suficiente

Figura 1 / Figure 1



te como para que se mantenga dormido al paciente con respiración espontánea desde el inicio, utilizando un sistema abierto.

Inmediatamente estabilizado el paciente, se procede a la infiltración de anestésico local más vasoconstrictor en

una concentración de 1: 100,000 de epinefrina en toda el área a operar, con lo que se logra disminuir el consumo de gases.

La monitorización de las funciones vitales y la saturación de O₂ es indispensable.

El tubo endotraqueal es colocado en la línea media y fijada hacia el mentón para evitar deformaciones en la estructura del labio y pueda ser rechazada con el bajalengua del abreboca en la cirugía de paladar.

Al finalizar el acto operatorio, se realiza una nueva infiltración de anestésico local, para proporcionarle confort al paciente y no tenga molestias dolorosas en el post-operatorio inmediato.

El paciente permanece bajo vigilancia médica y de enfermería para mantener sus funciones vitales constantes, sobre todo la respiratoria. Cuando estén en condiciones de pasar a su habitación o se dado de alta, el paciente es inmediatamente acompañado por la madre o los familiares más cercanos a fin de evitar el llanto y las reacciones a personas extrañas.

DISCUSION

Durante la cirugía labiopalatina es importante una evaluación preoperatoria, descartando patología sobre todo respiratoria, que casi siempre está presente en mayor o menor grado en estos pacientes. Ellos son muy propensos a tener otitis media serosa, bronquitis y cuadros faringotraqueales (Nguyen 1993), que en muchas ocasiones puede confundir con cuadros infecciosos y motivar la postergación de la cirugía.

Es importante premedicar con Midazolam por vía nasal 30 o 40 minutos antes de la cirugía, intubar sin utilizar relajante muscular y mantener la anestesia con niveles muy pequeños de gases inhalatorios esta metodología, la empleamos en Lima y provincias.

Nos ha permitido proporcionar seguridad, al emplear bajas dosis de ambos y permitir el uso de vasoconstrictores diluidos en anestesia local que facilitan la cirugía limpia y precisa que evita el uso de transfusión sanguínea.

BIBLIOGRAFIA

1. Holdsworth, W. Cleft Lip and Palate. De. Brune & Stratton Inc. New York 1970; 163-171.
2. Millard, R. Cleft Craft, Little, Brown and company Boston. 1976; T.I; 593-628.

3. Kernahan, Desmond; Rosenstein, Sheldon. «Cleft Lip and Palate». Williams & Wilkins Baltimore. 20-27. 1990

4. Stark Richard B. «Cleft palate a Multidiscipline approach» Hoeber Medical Division. 1968.

5. Nguyen Peter and Patrick Sullivan. «Issues and controversies in the Management of Cleft palate». Clinics in Plastic Surgery. Oct. 1993.