

MANEJO ANESTÉSICO PARA TIMECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA EN MIASTENIA GRAVIS JUVENIL

Liset Palomino Huertas¹

Víctor Gómez Ponce¹

¹Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja, Lima – Perú. Email
liset021@yahoo.es

Resumen

Objetivo: La miastenia gravis juvenil corresponde 10 a 50% de casos de miastenia gravis, dependiendo de la raza; el 85 % inicia con debilidad ocular pudiendo generalizarse o remitir en los próximos 2 años. La timectomía videotoracoscópica ha demostrado ser segura, con baja morbilidad en adultos, pero los estudios en niños aun es escaso.

Metodología: Realizamos una revisión de reportes médicos de timectomías videotoracoscópica de los últimos 12 meses. Describiendo características demográficas, parámetros basales, técnica anestésica y manejo postoperatorio.

Resultados: Se obtuvieron 4 casos de timectomía videotoracoscópica, dos pacientes de tres años, uno de cuatro años y uno de 14 años. Los tres primeros con Osserman-I y la cuarta con Osserman-IIb. Se premedicó con midazolam 0,1 mg/kg endovenoso. Se usó la anestesia balanceada en todos los casos, induciendo con sevoflurane 4% a 3 l/min y remifentanilo 0.5 ug/kg/min por 1 min. A los 5 minutos se verificó óptimas condiciones de intubación. Se mantuvo con sevoflurane 0.5 a 0.8 de CAM y remifentanilo 0.20 a 0.30 ug/kg/min. La analgesia fue con bloqueo intercostal con bupivacaina al 0,25%; morfina 0.1 mg/kg y ketoprofeno o paracetamol endovenoso. Todos los pacientes fueron extubados en la sala de operaciones, siguieron luego con paracetamol vía oral y tramadol rescate. Alta hospitalaria a las 52 horas

Discusión: El manejo anestésico se orienta a disminuir riesgo de depresión respiratoria y crisis miasténica.

Conclusiones: La anestesia general balanceada, sin relajantes musculares muestra seguridad, con buenas condiciones de intubación, buenas condiciones quirúrgicas y extubación precoz en miastenia gravis juvenil.

Palabras clave: miastenia gravis juvenil, anestesia balanceada, timectomía videotoracoscópica.