

TIMO: EXTIRPACION POR TORACOSCOPIA

NIEVES VARELA ROLDÁN
VICTORIA CARBONARI GÓMEZ

Miastenia gravis

2

- La **miastenia gravis (MG)** es una enfermedad neuromuscular autoinmune y crónica caracterizada por grados variables de debilidad de los músculos esqueléticos estriados del cuerpo. La denominación proviene del latín y el griego, y significa literalmente «debilidad muscular grave»
- Se caracteriza por una debilidad muscular que aumenta durante los períodos de actividad y disminuye después de períodos de descanso

- Comienza con los músculos perioculares, los párpados, la expresión facial, el habla y la deglución.
- Los músculos que controlan la respiración y los movimientos del cuello y de las extremidades también pueden verse afectados, pero más tardíamente.
- Se suele dar en mujeres jóvenes o en hombres de edad avanzada.

Caso práctico

4

Presentamos el caso de un paciente de 63 años diagnosticado de Timoma y Miastenia Gravis grado II b de MGFA que va a ser intervenido por cirugía de timectomía toracoscópica por VATET (Video Assisted Thoracic Extended Thymectomy)

MGFA Clinical Classification

- grado I: ocular
- grado II: generalizada ligera
- grado III: generalizada moderada
- grado IV: generalizada severa

los grados II, III y IV pueden además calificarse como

- a: + en extremidades
- b: + mm orofaríngeos, respiratorios

VATET

6

- Cervicotomía
- Retracción Externa
- Videotoracoscopia Bilateral

➤ Antes de la cirugía:

7

- Realización del check-list con el anestesista y el cirujano
- Preparación del material necesario para la cirugía y de los equipos para la monitorización anestésica

➤ En el quirófano:

8

- Monitorización del paciente, pulsioximetría, electrocardiograma, presión arterial no invasiva y BIS (profundidad anestésica).
- Canalización de vía periférica y arteria radial con monitorización del gasto cardíaco (Vigileo) y del bloqueo neuromuscular
- Colaboración con el anesthesiólogo en la intubación con tubo de doble luz, para tener una ventilación selectiva. Canalización del catéter epidural torácico y vía central (yugular interna)

- Protección ocular y almohadillado de los miembros superiores e inferiores para evitar las úlceras por presión durante la cirugía
- Sondaje vesical con Foley 16 Fr
- Posición del paciente en decúbito supino con dos rodillos, uno transversal para hiperextensión cervical y otro longitudinal para elevación esternal. Con soporte lateral izquierdo
- Preparación del campo quirúrgico por la enfermera circulante y colocación de la placa de electrobisturí





- Inicio de la cirugía
- Preparación de la mesa con el instrumental necesario para la cervicotomía y la toracoscopia
- Colocación del campo quirúrgico en colaboración con los cirujanos



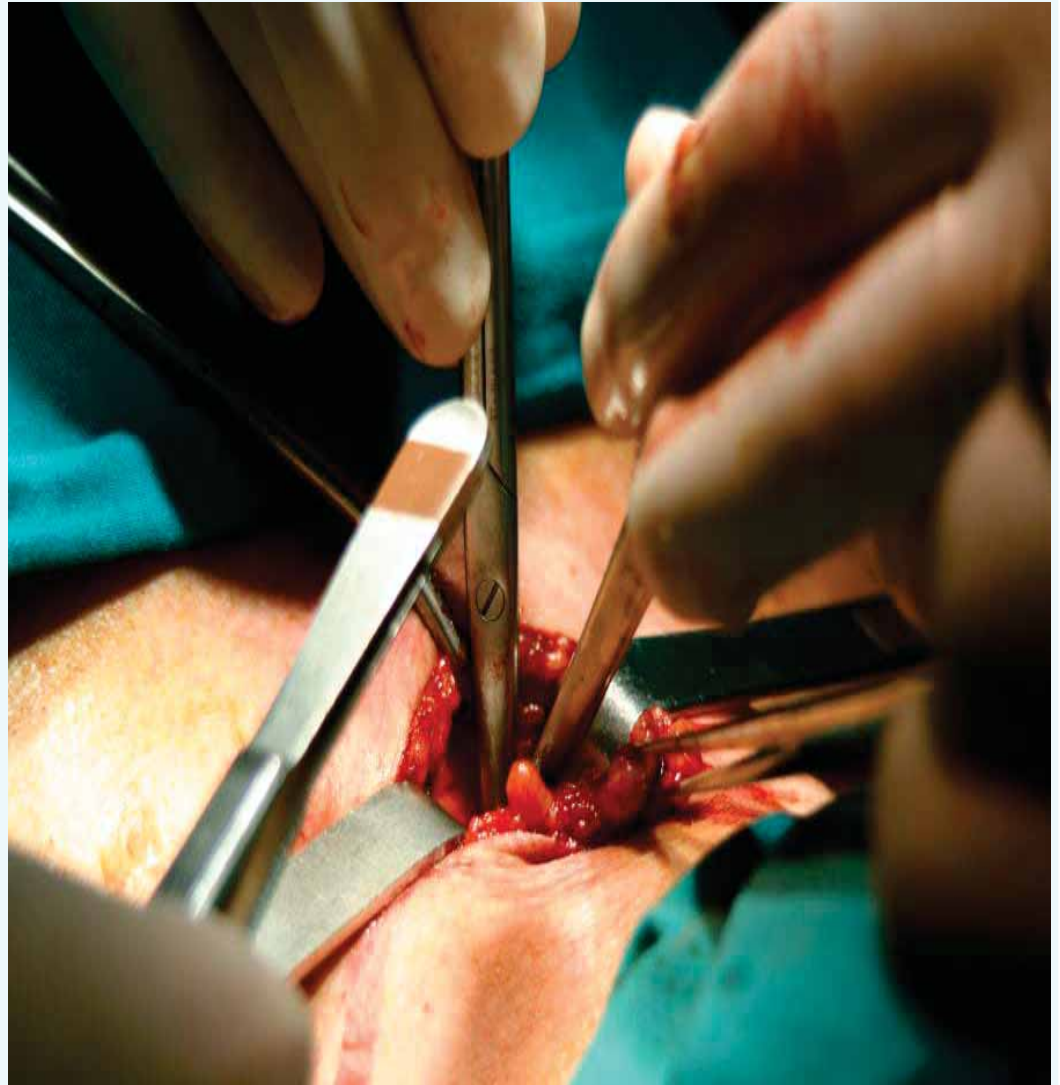
1. Inserción de los trócares del lado derecho (dos de 11.5 y 5.5 mm), para valorar la resección del tumor por VATET
Colocación de la cámara y la óptica e inicio de la cirugía

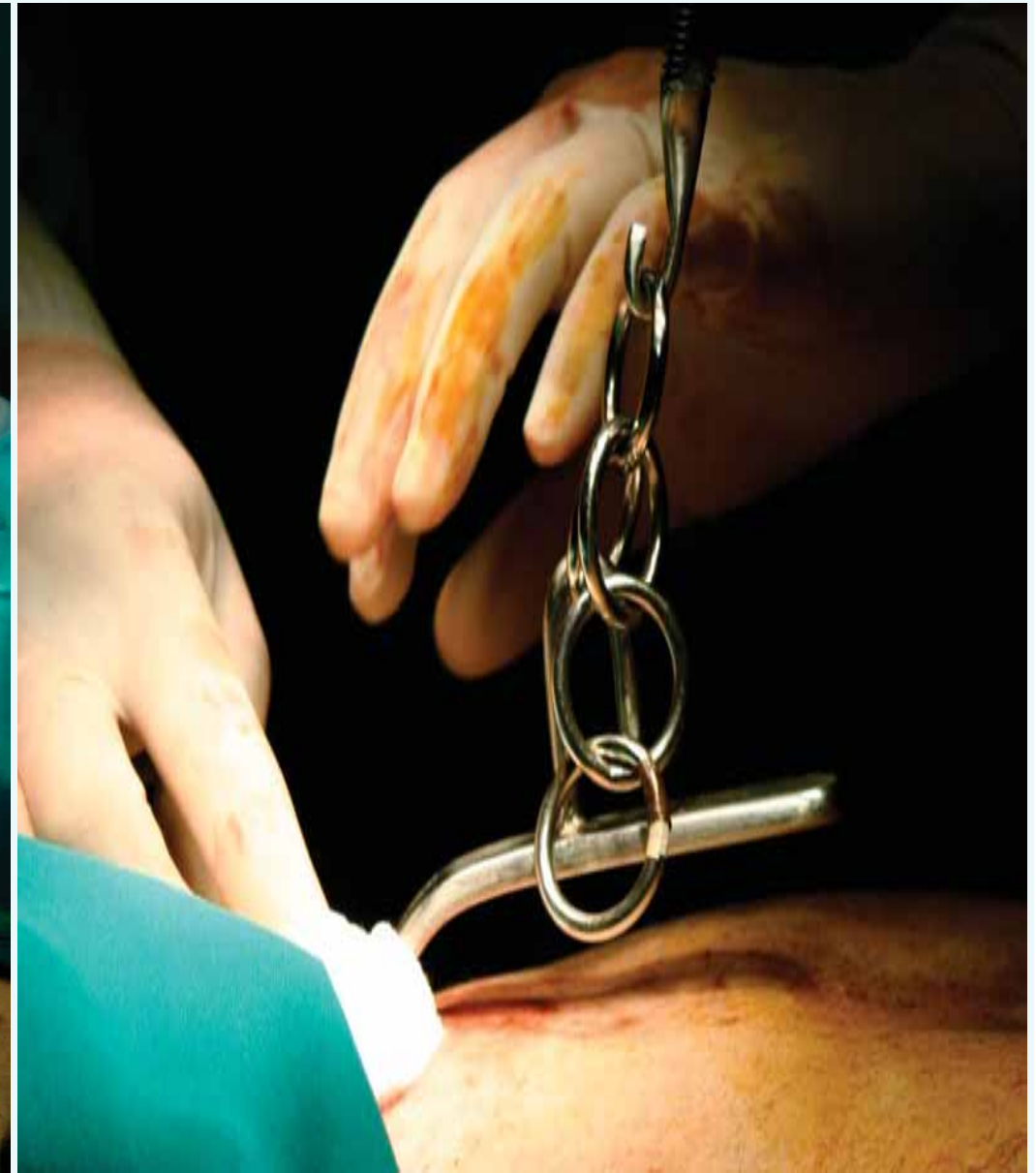


2. Preparación del elevador de Novellino



3. Cervicotomía y colocación del elevador esternal

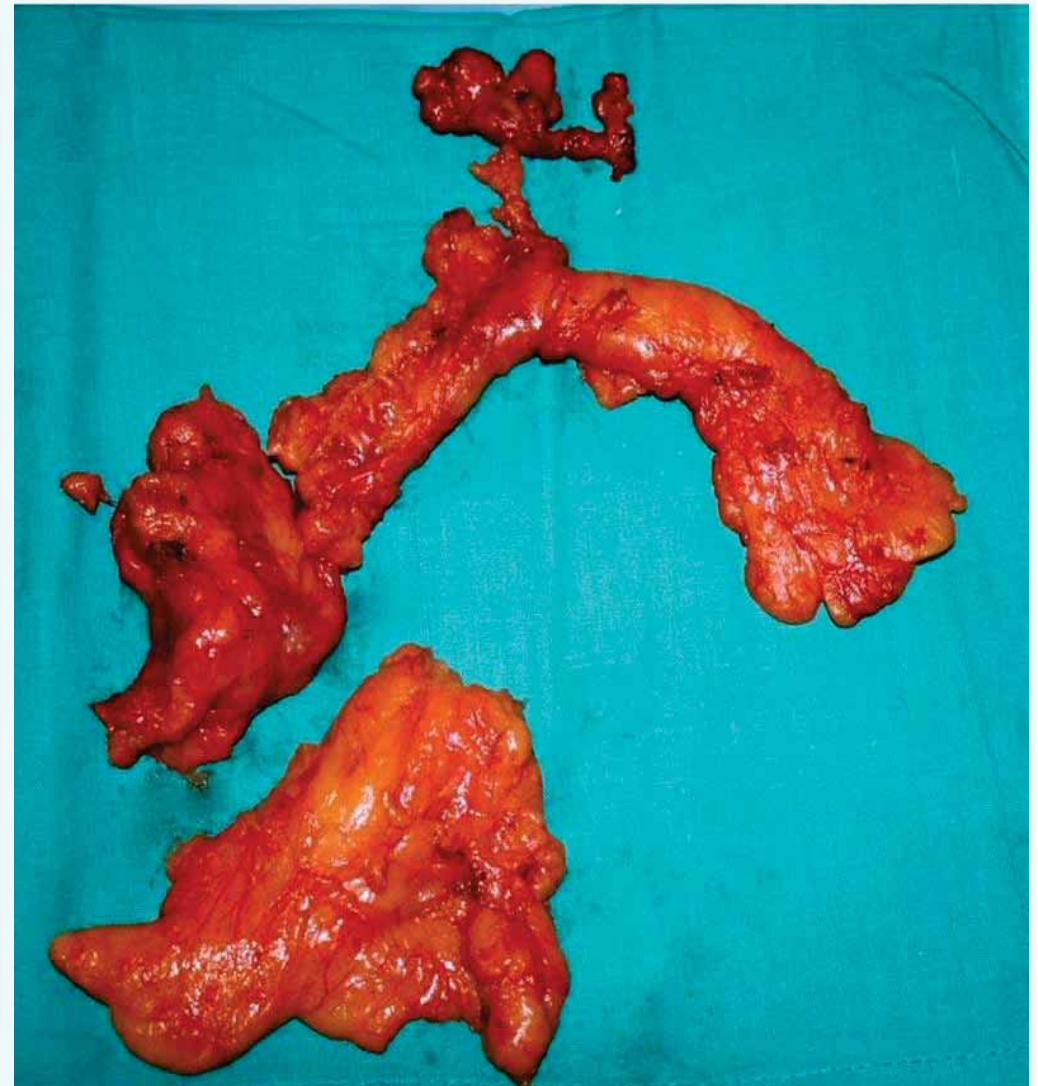




4. Colocación de los trócares del lado izquierdo



5. Extracción del timo y grasa mediastínica y cervical



6. Colocación de los tubos de drenaje torácico (dos acodados Ch 24) conectados a un pleur-evac



Resultados

21

- El paciente ingresa el día anterior a la cirugía, saliendo del quirófano despierto y hemodinámicamente estable, con los tubos de drenaje permeables.
- Es trasladado a la URPA, donde permanece ingresado 12 horas; posteriormente se le traslada a planta. Queda ingresado 6 días.
- Tras la cirugía, quedan corregidos todos los síntomas neuromusculares propios de la miastenia gravis

Conclusiones

22

Una buena organización del material, la correcta colocación del paciente, y el conocimiento de la secuencia a llevar a cabo hace que la enfermería participe activamente en el proceso.

De este modo se favorece la realización de la técnica de forma cómoda, evitando complicaciones

Bibliografía

23

- <http://www.miasteniagravis.es/timectomia/timectomia.htm>
- <http://www.encolombia.com/medicina/neumologia/neum15303trabajos.htm>
- <http://www.mednet.org.uy/cq3/bibliografia/cir-lap/indicyteccap3.pdf>
- <http://www.veterinaria.org/asociaciones/aevedi/art0899.htm>
- <http://www.asacirujanos.es/articulos/versionimprimible.php?id=275&autentificator=f21a094c804acc4e0501103e219e8bd3>

Agradecimientos

24

Queremos agradecer la colaboración
del Dr. González Aragonese y su
equipo, sin cuya ayuda no hubiera
sido posible la realización de este
trabajo