



## V-28 - USO DE LA CRYOANALGESIA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Cora Sampedro Salinas, Juan Diego Avilés Parra, Mario Ernesto Montesinos Encalada y Carlos A. Rombolá

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** El rol de la crioanalgesia en la cirugía del *pectus excavatum* está bien documentado. Sin embargo, su uso en el resto de la patología quirúrgica torácica, no se ha generalizado. Como en el caso de las resecciones de pared costal con fines oncológicos, que suelen ser intervenciones quirúrgicas extensas, que implican no solo la exéresis con márgenes amplios de la lesión, sino también la movilización de elementos musculares para reconstruir la anatomía y mantener una adecuada funcionalidad de la pared torácica. Estos procedimientos extensos suelen asociarse a posoperatorios prolongados donde el control del dolor constituye un gran desafío. La crioanalgesia, se refiere al proceso de ablación reversible de los nervios periféricos con temperaturas frías para proporcionar analgesia durante semanas o meses. Su mayor eficacia se observa a partir de las 48 horas del procedimiento, por lo que debe asociarse a una técnica analgésica locorregional para el control del dolor inicial. A continuación presentamos un caso clínico en el que se utilizó la crioneurolisis como técnica analgésica durante la resección de un tumor de pared costal.

**Caso clínico:** Paciente de 72 años con un tumor de pared costal de tres meses de evolución, no doloroso, fijo a planos profundos. La biopsia con aguja gruesa de la lesión informó probable displasia fibrosa, sin poder descartar un condrosarcoma, por lo que se decidió la exéresis quirúrgica de la lesión con márgenes amplios. Mediante abordaje VATS se realizó crioanalgesia de cuatro espacios intercostales (6.<sup>º</sup> al 9.<sup>º</sup>) y para el control analgésico en el posoperatorio inmediato se colocó un catéter paravertebral. Se realizó la resección en bloque del tumor con una pastilla de diafragma que impresionaba infiltrada. Se cerró la brecha diafragmática con una malla de doble faz y se reconstruyó la pared torácica con una malla de Prolene y barras de titanio (una barra vertical y cuatro barras horizontales), que se cubrieron con un colgajo de músculo dorsal ancho. En cuanto al control analgésico, en el posoperatorio inmediato se salió accidentalmente el catéter paravertebral, pero dado el excelente control del dolor (EVA 2 en reposo y 4 en movimiento) no fue necesario su recolocación. El paciente pudo movilizarse de forma temprana y realizar fisioterapia respiratoria efectiva. No requirió la administración de mórficos durante el ingreso. Presentó como complicación durante el ingreso anemia y una fibrilación auricular que se manejó médica mente. Fue dado el alta al 7.<sup>º</sup> día de la intervención quirúrgica. En el seguimiento ambulatorio presentó como complicación un seroma a repetición que se drenó mediante punción aspiración. El control del dolor tanto a corto como a largo plazo fue óptimo, permitiendo el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana con normalidad. La anatomía patológica definitiva confirmó el diagnóstico de displasia fibrosa.

**Discusión:** La crioanalgesia es una modalidad eficaz tanto para el tratamiento del dolor posoperatorio como para la prevención del dolor crónico asociado a la cirugía torácica abierta. Además, permite reducir los requerimientos de altas dosis de opiáceos en el posoperatorio reduciendo las complicaciones derivadas de su empleo.