

CUIDADOS INTENSIVOS

MANEJO VENTILATORIO DE UN PERRO CON TIMOMA ASOCIADO A MEGAESÓFAGO Y NEUMONÍA POR ASPIRACIÓN

R. Francés, C. Torrente
Hospital Veterinari del Maresme

Caso clínico

Introducción

"Cindy", Pastor Belga, hembra de 4 años, se presenta con un cuadro de súbito distrés respiratorio tras varios días de depresión, debilidad y vómitos/regurgitación. Al examen físico se detecta cianosis, disnea mixta y crepitaciones pulmonares. Ante la gravedad del proceso y los resultados de la gasometría arterial (pH 7,2, PaCO₂ 56 mmHg, PaO₂ 41 mmHg, PaO₂/FiO₂ 195), se procede a anestesiarse al paciente con propofol para intubación endotraqueal y ventilación. Tras la estabilización inicial se realizan pruebas complementarias. El hemograma revela severa leucocitosis con desviación a la izquierda. Las radiografías torácicas son compatibles con neumonía, megaesófago y una masa en mediastino craneal confirmada mediante ecografía torácica.

El paciente permanece anestesiado con una combinación de fentanilo, midazolam y propofol y sometido a ventilación mecánica. Inicialmente, se mantiene con técnicas de soporte ventilatorio total con ventilación presométrica y FiO₂ del 100%. A las 12 horas, la reevaluación hemodinámica y gasométrica (pH 7,3, PaCO₂ 39,3 mmHg, PaO₂ 399 mmHg, FiO₂ 100%, PaO₂/FiO₂ 399), nos permite iniciar el destete. Pasamos de ventilación total a ventilación asistida, combinando modos ventilatorios que se suceden de forma gradual de mayor a menor participación del paciente en la respiración y con valores decrecientes de FiO₂: SIMV (mandatoria sincronizada intermitente) con PS (presión soporte), SIMV sin PS y CPAP (espontánea con presión positiva continua en vía aérea).

Tras 24 horas el paciente respira espontá-

neamente sin necesidad de PEEP (presión teleespiratoria positiva) y manteniendo los parámetros gasométricos estables (pH 7,31, PaCO₂ 22'8 mmHg, PaO₂ 178 mmHg, FiO₂ 30%, PaO₂/FiO₂ 445), con lo que es extubado. Se le mantiene sedado y con oxigenoterapia por sonda nasal, antibioterapia, broncodilatadores, fluidoterapia, fisioterapia respiratoria y monitorización hemodinámica y respiratoria.

A pesar de la progresiva mejoría, una deglución desviada del regurgitado provoca la muerte del paciente a las 72 horas. El posterior estudio histopatológico identifica la masa mediastínica como timoma. Se sospechó de miastenia gravis secundaria.

Discusión

El interés del caso radica principalmente en dos puntos: la asociación del timoma y megaesófago, y el uso de la ventilación mecánica en el manejo y destete de pacientes con fallo respiratorio agudo hipoxémico.

Se considera que un 47% de perros con timoma desarrollan como síndrome paraneoplásico miastenia gravis (MG) y ésta es la causa del megaesófago. La confirmación debe realizarse por titulación de Ac-AchR.

El tratamiento de elección del timoma es el quirúrgico, y el pronóstico es favorable en ausencia de invasividad, metástasis o presencia de síndromes paraneoplásicos. Sin embargo, en la bibliografía veterinaria consultada no se encuentran datos definitivos del pronóstico a largo plazo, ni de la resolución de la MG asociada. En medicina humana sí se ha visto relación entre timectomía y resolución de la MG en casos de hiperplasia tímica. En cual-

quier caso, tras la confirmación de MG debe iniciarse un tratamiento con inmunosupresores, anticolinesterásicos y de soporte intensivo hasta resolver el megaesófago, y las complicaciones que el paciente pudiera presentar.

En nuestro caso, el paciente presentaba una neumonía por aspiración que desencadenó el fallo respiratorio. La gravedad del proceso hizo necesario recurrir a la ventilación mecánica.

La ventilación mecánica es un proceso de sustitución temporal de la función respiratoria que utilizamos en pacientes hipoxémicos, hipercápnicos y aquellos cuyo trabajo o esfuerzo respiratorio es excesivo.

La patología del paciente, estado neurológico, condiciones hemodinámicas y resultados analíticos y gasométricos determinan el tipo de ventilación, el modo ventilatorio, así como los parámetros y anestésicos más adecuados. El proceso de destete debe ser gradual y se combinan modos ventilatorios asistidos.

El uso de la ventilación mecánica en pacientes con fallo respiratorio agudo hipoxémico es esencial. A pesar de ello, un manejo eficaz implica una formación muy específica del personal, un equipamiento costoso y una monitorización constante. Se trata de una técnica invasiva, no libre de complicaciones y con elevados costes para el propietario, de forma que su aplicación en pacientes críticos puede ser comprometida.

Bibliografía en Libro de Ponencias y Comunicaciones 40 Congreso Nacional AVEPA.

