

CIRUGIA PECTUS EXCAVATUM

La cirugía del pectus excavatum más utilizada actualmente, consiste en la colocación de una barra por detrás del esternón.

Se utiliza una barra especial o barra de Lorenz con uno o dos estabilizadores laterales. En ocasiones es necesario colocar dos barras.

La cirugía consiste en una cirugía mayor bajo anestesia general y habitualmente se coloca un catéter peridural para analgesia postoperatoria principalmente.

Se realiza una incisión bajo la axila derecha y se separan los músculos hasta llegar al espacio entre dos costillas entrando al tórax. Para mayor seguridad este paso viene precedido por la colocación de una cámara de toracoscopía de modo de visualizar bien el pulmón y las estructuras del tórax antes de pasar la barra.

Se realiza una incisión similar a izquierda.

Luego se pasa un dilatador de una incisión a la otra levantando el esternón. Confirmada la buena posición se pasa la barra adecuada para la forma del tórax que se ha doblado de modo que adopte la forma del tórax deseado.

Se fija la barra y el estabilizador con varios tipos de suturas y se cierran las incisiones.

Comprendo que a pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que puede afectar a todos los órganos y sistemas.

Esta cirugía está expuesta a producir efectos indeseados o complicaciones quirúrgicas de diverso gravedad y frecuencia.

Más frecuentes y poco graves: infección de la herida operatoria. Dolor postoperatorio u otros.

Menos frecuentes de mayor gravedad: atelectasias, neumonías u otras.

Muy poco frecuentes pero de alta gravedad: lesión del pulmón o corazón.

Las complicaciones requieren de manejo propio y en ocasiones es necesario el uso de transfusiones o una nueva cirugía, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Se me ha explicado la necesidad de advertir de posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia (daño pulmonar, neurológico, diabetes, obesidad, etc.) que pueden aumentar los riesgos.

Al finalizar la operación, el médico puede dejar un tubo de drenaje en la cavidad pleural durante uno o más días para facilitar la evacuación del aire y líquido pleural y para conseguir que el pulmón vuelva a su situación normal. Para una mayor vigilancia médica, de enfermería y manejo del dolor, es habitual que las primeras horas del post operatorio se realicen en la Unidad de pacientes Críticos pediátricos (UPCP).

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, además se han aclarado todas las dudas que he planteado.