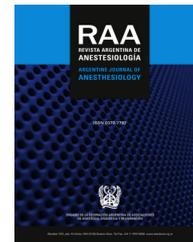




REVISTA ARGENTINA DE ANESTESIOLOGÍA

www.elsevier.es/raa



CASO CLÍNICO

Terapia puente para la retirada de un catéter epidural en paciente con doble antiagregación



Sara López Palanca^{a,*}, Pablo Cuesta Montero^a,
Beatriz Bellón López de Antón Bueno^a, Jose Ángel Monsalve Naharro^a
y Francisco Manuel Salmerón Martínez^b

^a Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España

^b Servicio de Cardiología, Hospital General de Albacete, Albacete, España

Recibido el 22 de mayo de 2016; aceptado el 28 de junio de 2016

Disponible en Internet el 3 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Catéter epidural;
Doble antiagregación;
Hematoma epidural;
Trombosis *stent*

Resumen La colocación, manipulación o retirada de un catéter epidural en pacientes que reciben doble antiagregación como profilaxis secundaria plantea una compleja decisión, intentando equilibrar el riesgo de hematoma epidural al continuar con el tratamiento antiagregante y el riesgo de trombosis al interrumpirlo. El nivel de evidencia científica en el manejo de la terapia antitrombótica en estos pacientes es bajo, lo que dificulta la toma de decisiones en la práctica clínica.

Esta compleja situación queda ejemplificada en el caso que presentamos. Se trata de un varón de 80 años al que se le colocó un catéter epidural para analgesia por isquemia arterial de miembros inferiores. Presentó posteriormente un síndrome coronario agudo, que precisó el implante de un *stent* farmacológico y terapia con doble antiagregación, siendo necesario retirar el catéter por disfunción y signos de infección. El manejo incluyó una terapia puente sustitutiva con tirofiban como alternativa a considerar.

© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Epidural catheter;
Dual antiplatelet
therapy;
Epidural haematoma;
Stent thrombosis

Bridge therapy for removal of an epidural catheter in patients on dual antiplatelet therapy

Abstract The positioning, manipulation or removal of an epidural catheter in patients receiving dual antiplatelet therapy as secondary prophylaxis involves complex decisions, trying to balance the risk of epidural haematoma by continuing antiplatelet therapy and the risk of thrombosis on interrupting it. Unfortunately, the level of scientific evidence in the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: saralopal@gmail.com (S. López Palanca).

management of antithrombotic therapy in these patients is low, thus it is difficult to make decisions in clinical practice.

This complex situation is illustrated by the case presented, which involved a man of 80 years old who needed an epidural catheter for analgesia because of arterial ischaemia of the lower limbs. He presented with an acute coronary syndrome that required implantation of a drug-eluting stent, as well as dual antiplatelet therapy. The catheter needed to be removed due to dysfunction and signs of infection. The management included a bridge replacement therapy with tirofiban, as an alternative to consider.

© 2016 Federación Argentina de Asociaciones, Anestesia, Analgesia y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Aproximadamente entre un 5-15% de los pacientes portadores de un *stent* coronario se someten a algún procedimiento quirúrgico dentro de los 2 primeros años, tras su implantación¹. Muchos de estos procedimientos no son diferibles y es necesario interrumpir la terapia dual antiagregante previo al procedimiento, presentando un mayor riesgo de trombosis del *stent*. Esta doble terapia utilizada como prevención secundaria normalmente está compuesta por ácido acetilsalicílico (AAS) y un antagonista del receptor P2Y (en su mayoría clopidogrel, pero también pueden incluir prasugrel o ticagrelor).

Valorar las estrategias de suspensión y sustitución de fármacos antiagregantes en pacientes con *stent* coronario implica conocer el delicado equilibrio entre el riesgo isquémico y hemorrágico, teniendo en cuenta el perfil de eficacia y seguridad de los fármacos antitrombóticos.

El caso que presentamos expone una terapia puente con tirofiban, tras la suspensión de la doble antiagregación para la retirada de un catéter epidural. Este manejo puede suponer una alternativa en el manejo de pacientes portadores de *stent* coronario con alto riesgo trombotico por evento coronario reciente, que vayan a someterse a procedimientos de alto riesgo hemorrágico.

Caso clínico

Varón de 80 años ingresado a cargo de cirugía vascular por isquemia arterial crónica grado IV de miembros inferiores, según clasificación de Fontaine. Como antecedentes se destaca un accidente cerebro-vascular isquémico, en tratamiento farmacológico con AAS 100 mg/día. Al ingreso se colocó un catéter epidural a nivel de L3-L4 para control analgésico. Cinco días después, el paciente sufrió un síndrome coronario agudo (SCA) con elevación del ST. Se le realizó una coronariografía de urgencia, y se implantó un *stent* farmacoactivo en el tronco coronario. Se inició tratamiento con doble antiagregación y heparina de bajo peso molecular (HBPM) a dosis terapéuticas.

A los 8 días de la colocación del catéter epidural, se objetivó mal funcionamiento y enrojecimiento en el punto de entrada del catéter, precipitando este hecho la necesidad

de su retirada. Se llevó a cabo una sesión clínica conjunta con el servicio de cardiología y el servicio de cirugía vascular. Se decidió suspender el clopidogrel 6 días antes de la retirada del catéter epidural, y se mantuvo el AAS a una dosis de 100 mg/día. Tres días después se inició el tratamiento con una perfusión intravenosa de tirofiban a $0,1 \mu\text{g}\cdot\text{kg}^{-1}\cdot\text{min}^{-1}$ durante 72 h. El día de la retirada del catéter, dicho tratamiento se suspendió 4 h antes. A las 6 h de la retirada del catéter se reinició el tratamiento con clopidogrel con dosis de carga, sin incidencias (fig. 1). El paciente evolucionó de forma favorable sin nuevas complicaciones a lo largo de su ingreso. Fue dado de alta hospitalaria 5 días después.

Discusión

Este caso clínico plantea la compleja decisión del manejo de la doble antiagregación, balanceando el equilibrio entre un elevado riesgo hemorrágico (hematoma epidural) y un elevado riesgo trombotico (trombosis del *stent* en SCA reciente)². Para la retirada de un catéter epidural en pacientes que reciben doble antiagregación como prevención secundaria se recomienda mantener al menos un antiagregante^{3,4}, idealmente AAS 100 mg, e interrupción del clopidogrel de 7 a 10 días antes del procedimiento⁵. Sin embargo, es bien conocido que la suspensión precoz de la doble antiagregación es un factor independiente de trombosis del *stent*, especialmente antes de su endotelización^{6,7}. Se recomienda la terapia dual antiagregante durante al menos un mes tras implantar un *stent* sin recubrir en pacientes con enfermedad arterial coronaria estable, y durante 6 meses tras implantar un *stent* farmacoactivo de nueva generación⁸. En pacientes con SCA de alto riesgo, se recomienda la doble terapia durante un año independientemente del tipo de *stent* que se emplee⁹.

Por tanto, es preciso discutir qué estrategia seguir y valorar de forma cuidadosa e individualizada el equilibrio entre el riesgo trombotico (asociado a la suspensión del fármaco) y el riesgo hemorrágico inherente de su acción terapéutica¹⁰.

El caso que presentamos ejemplifica un paciente con riesgo trombotico muy elevado, como es un SCA reciente de menos de 6 semanas de evolución tratado con un *stent* farmacoactivo¹. En este caso el procedimiento invasivo (retirada del catéter epidural) no podía ser diferido

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767567>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767567>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)