

Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Ensayo

Anestesia para craneotomía en el paciente despierto: una actualización



Jason Chui*

Profesor asistente, Departamento de Anestesia y Medicina Perioperatoria, University of Western Ontario, Ontario, Canadá

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de mayo de 2014

Aceptado el 8 de julio de 2014

On-line el 6 de septiembre de 2014

Palabras clave:

Craneotomía
Epilepsia
Neoplasias encefálicas
Anestesia
Periodo perioperatorio

R E S U M E N

La craneotomía en el paciente despierto se ha generalizado y su aplicación ha evolucionado continuamente. La anestesia para este procedimiento plantea un reto singular para los anes-
tésiólogos. Los objetivos de este artículo son revisar, bajo la perspectiva crítica del autor,
la evidencia actual y la aplicación de la craneotomía en el paciente despierto, y describir
brevemente los principios del manejo anestésico durante el procedimiento.

© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier
España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Anesthesia for awake craniotomy: An update

A B S T R A C T

Awake craniotomy has become a common procedure and its application has been continua-
lly evolving. Anesthesia for awake craniotomy poses a unique challenge to anesthesiologists.
The aims of this article are to review, under a critical perspective of the author, the current
evidence and application of awake craniotomy and to briefly describe the principles of
anesthetic management during this procedure.

© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier
España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Craniotomy
Epilepsy
Brain Neoplasms
Anesthesia
Perioperative Period

* Autor para correspondencia: Department of Anesthesia & Perioperative Medicine, University of Western Ontario, 339 Windermere Road, London, ON, Canadá N6A 5A5.

Correo electrónico: jasonswchui@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.07.002>

0120-3347/© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La craneotomía en el paciente despierto plantea un reto singular para los anestesiólogos, y el éxito del procedimiento depende en gran medida de una selección cuidadosa del paciente y de la experiencia del equipo quirúrgico y de anestesia. La era moderna de las craneotomías con el paciente despierto comenzó hace más de 50 años, cuando Penfield y Andre Pasquet comenzaron a realizar este procedimiento para extirpar focos de epilepsia¹. Históricamente, la anestesia para la craneotomía en el paciente despierto fue siempre un procedimiento de alto riesgo, realizado únicamente cuando estaba absolutamente indicado. Con el mejor conocimiento de la localización cerebral y la disponibilidad de nuevos agentes anestésicos, la aplicación de la craneotomía en el paciente despierto se ha ampliado y es más segura que antes. Los objetivos de este artículo son revisar la evidencia actual de la aplicación de la craneotomía en el paciente despierto y describir brevemente los principios del manejo anestésico durante este procedimiento.

Indicaciones para la craneotomía en el paciente despierto

Las indicaciones actuales para la craneotomía en el paciente despierto se enumeran en la [tabla 1](#). El uso de este procedimiento para extirpar quirúrgicamente los focos epilépticos con ayuda electrocorticográfica se inició con Penfield en los años 50¹. La electrocorticografía es una técnica electrofisiológica invasiva para registrar directamente los potenciales corticales de la superficie cerebral a fin de localizar los focos convulsivos ([fig. 1](#)). Sin embargo, los agentes anestésicos afectan considerablemente la electrocorticografía intraquirúrgica y la craneotomía en el paciente despierto está indicada para minimizar la interferencia farmacológica con los registros². Gracias a los avances de las técnicas de imágenes prequirúrgicas se ha reducido sustancialmente la utilización de la electrocorticografía intraquirúrgica para la localización y, por consiguiente, también el uso asociado de la craneotomía en el paciente despierto para ese fin.

En la actualidad, la craneotomía en el paciente despierto está indicada en procedimientos que requieren la realización

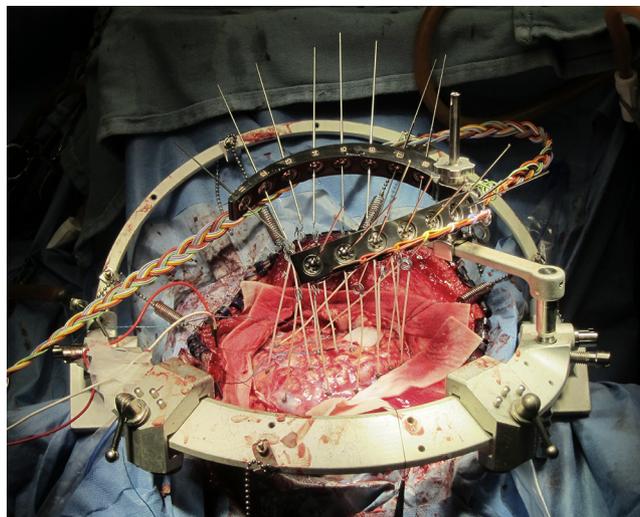


Figura 1 – Marco Medussa (o Montreal) para el registro electrocorticográfico intraquirúrgico.
Fuente: autor.

de un mapa cortical funcional en el cual se localiza la lesión en proximidad a los tejidos corticales elocuentes indispensables para unas funciones corticales definidas. Se ha logrado hacer con éxito mapas de la corteza motora, sensorial, visual y del lenguaje durante la craneotomía en el paciente despierto^{3,4}. Estos mapas permiten realizar una resección adaptada para preservar la función del paciente. Un ejemplo típico de esta categoría es la resección de un glioma en el área motora o de Broca ([tabla 2](#)).

Con la disponibilidad del propofol y de opioides de acción ultracorta que permiten un control anestésico rápido y suave se ha establecido una amplia gama de aplicaciones de la craneotomía en el paciente despierto en procedimientos de neurocirugía, independientemente de la necesidad de un mapa cortical funcional o de unos registros electrofisiológicos. Durante los años 90 se preconizó el uso de la craneotomía en el paciente despierto para procedimientos ambulatorios⁵. La indicación de la craneotomía en el paciente despierto se ha ampliado para incorporar no solamente procedimientos que requieren un mapa funcional sino también métodos

Tabla 1 – Indicaciones actuales para la craneotomía en el paciente despierto

| Indicación | Raciocinio | Ejemplos |
|---|--|--|
| Mapeo cortical funcional en el paciente despierto | Se requiere que el paciente esté despierto y coopere para realizar las actividades requeridas | Lesiones localizadas en estrecha proximidad del área elocuente (ej. resección de un tumor y lesionectomía) Lesiones vasculares que irrigan el área elocuente (ej. MAV y resección de aneurisma) |
| Mapeo y registro electrofisiológico | Los agentes anestésicos anulan fácilmente las señales corticales o subcorticales | Electrocorticografía intraquirúrgica Estimulación cerebral profunda |
| Mejorar los desenlaces perioperatorios | Propósitos no funcionales encaminados a lograr un alta más temprana, estancias más cortas y menos admisiones en la Unidad de Cuidados Intensivos | Biopsia cerebral estereotáctica, ventriculostomía y resección de pequeñas lesiones del cerebro |

Fuente: autor.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767654>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767654>

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