



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Accidente cerebrovascular con transformación hemorrágica en una paciente con tratamiento antiagregante intervenida de macroadenoma hipofisario

M. Vendrell^{a,*}, R. Valero^b, J. Mercadal^a, J. Enseñat^c y N. Fábregas^a

^a Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^b Sección de Neuroanestesia, Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^c Servicio de Neurocirugía, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 21 de enero de 2011; aceptado el 23 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 17 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Neurocirugía;
Inhibidores
de agregación
plaquetaria;
Hemorragia
postoperatoria;
Hemorragia cerebral;
Trombosis;
Accidente
cerebrovascular;
Complicaciones
postoperatorias

KEYWORDS

Neurosurgery;
Platelet aggregation
inhibitors;

Resumen Presentamos el caso de una mujer de 51 años, propuesta para resección endoscópica endonasal transesfenoidal de macroadenoma hipofisario diagnosticado en el contexto de un ictus isquémico transitorio sufrido 10 semanas antes de la fecha de la intervención. Durante este tiempo había seguido tratamiento con antiagregantes plaquetarios, que se retiraron 5 días antes de la cirugía. La intervención se realizó sin incidencias. En el segundo día del postoperatorio, la paciente presentó un infarto isquémico del hemisferio cerebeloso izquierdo con signos de hidrocefalia y posterior transformación hemorrágica, con muerte encefálica a los 5 días de la intervención.

No existen guías definitivas respecto al uso de antiagregantes en el peroperatorio neuroquirúrgico. Por otro lado, tampoco existe acuerdo respecto al tiempo a esperar entre un evento cerebrovascular y la cirugía, aunque parece que entre 4 y 12 semanas sería lo más aconsejable.

Se resalta la importancia de una evaluación individual de cada paciente ante una cirugía, y se revisa el manejo del paciente antiagregado con riesgo trombótico en el contexto de neurocirugía y sus posibles complicaciones postoperatorias.

© 2011 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cerebrovascular accident with haemorrhagic transformation in a patient on antiplatelet treatment subjected to surgery of a hypophyseal macroadenoma

Abstract The case is presented of a 51 year-old woman, proposed for endoscopic endonasal transsphenoidal resection of a hypophyseal macroadenoma diagnosed in the context of a stroke suffered 10 weeks before the date of the surgery. During this time, she had been treated with

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvendre1@clinic.ub.es (M. Vendrell).

Post-surgical
bleeding;
Cerebral
haemorrhage;
Thrombosis;
Cerebrovascular
accident;
Postoperative
complications

antiplatelet drugs, which were withdrawn 5 days before the surgery. The surgical procedure was performed without any incidents. On the second day after the surgery, the patient had an ischaemic infarction of the left cerebellar hemisphere, with signs of hydrocephaly and a posterior haemorrhagic transformation, with brain death 5 days after the operation.

There are no definitive guidelines on the use of antiplatelet drugs in the perioperative period of neurosurgery. Also, there is no agreement as regards the waiting time between a cerebrovascular event and surgery, it appears that between 4 and 12 weeks would be the most advisable.

The importance of an individual assessment of each patient before surgery is emphasised, as well as a review of the antiplatelet management of the patient with a risk of thrombosis in the context of neurosurgery, and their possible postoperative complications.

© 2011 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Para el manejo hemostático perioperatorio, la suspensión de antiagregantes plaquetarios (AAP) se realiza tras la evaluación del riesgo/beneficio individual. Los protocolos de uso habitual estratifican a los pacientes según el riesgo hemorrágico (en cuanto al efecto que dicha hemorragia podría tener sobre la cirugía) y el riesgo trombótico.

En los pacientes neuroquirúrgicos, no existen protocolos universales establecidos. Sin embargo, el alto riesgo de una hemorragia en un espacio anatómico cerrado como el cráneo podría indicar beneficio a favor de la suspensión de los AAP. Cuando el riesgo trombótico asociado es moderado o alto, es necesaria una estrecha evaluación de cada paciente^{1,2}.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 51 años propuesta para exéresis endoscópica endonasal transesfenoidal de macroadenoma secretor de hormona del crecimiento. Diez semanas antes, había presentado un ictus isquémico con afasia de expresión transitoria. En la tomografía computarizada (TC) urgente, no se objetivaron lesiones, siendo el único hallazgo radiológico dicho macroadenoma. En la angioTC las arterias cerebrales eran permeables. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal con QRS estrecho, sin alteraciones de la repolarización. La ecocardiografía transesofágica objetivó foramen oval permeable, sin trombos en aurícula ni orejuela izquierdas, ni signos de insuficiencia cardíaca. El estudio angiovascular descartó obstrucciones de grandes vasos, sin estenosis significativas a nivel carotídeo.

El cuadro se resolvió *ad integrum* y la paciente fue dada de alta con acenocumarol, pendiente de estudio de trombofilia y de evaluación endocrinológica del tumor. El estudio de trombofilia resultó negativo, retirándose el acenocumarol, quedando con ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h.

La resonancia magnética (RM) cerebral (fig. 1) y el estudio hormonal confirmaron el diagnóstico de macroadenoma hipofisario secretor de hormona del crecimiento, y se programó la intervención quirúrgica.

En la visita preanestésica y de acuerdo con los protocolos de actuación consensuados de nuestro centro, se decidió

la suspensión del ácido acetilsalicílico 5 días antes de la intervención. Aparte de lo mencionado, solo destacó la valoración de la vía aérea (Mallampati III con posible intubación difícil).

Se realizó intubación con fibrobroncoscopio sin incidencias, con perfusión de propofol y remifentanilo. Se procedió a una anestesia general endovenosa con TCI de propofol y remifentanilo, y perfusión de rocuronio. La paciente fue monitorizada mediante ECG, SaO₂, presión arterial invasiva, presión venosa central, capnografía, temperatura, índice bispectral, relajación muscular (S/5™ Datex Ohmeda, Helsinki, Finlandia), Doppler precordial (BIDOP®, Hadeo, Kawasaki, Japon), y espectroscopia cercana a infrarrojos (NIRS® Somanetics, Troy, MI, EE. UU.).

Durante la intervención se mantuvo hemodinámicamente estable, sin otras incidencias, siendo extubada al finalizar la

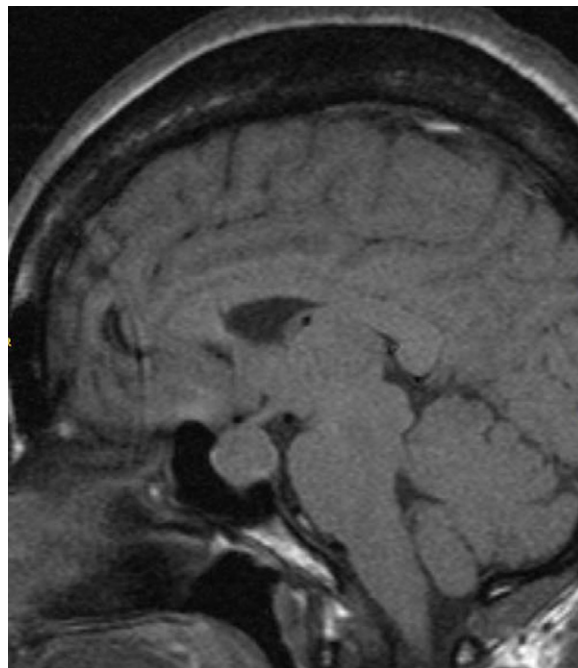


Figura 1 Resonancia magnética, sección sagital en la línea media: adenoma hipofisario (sección máxima 15 mm de altura y 20 mm de diámetro laterolateral).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769025>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769025>

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