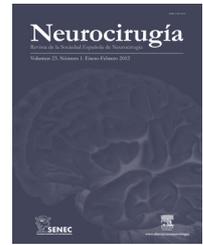




ELSEVIER

NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia



Investigación clínica

Incidencia y causas de finalización anticipada de la cirugía con paciente despierto para mapeo del lenguaje, no relacionadas directamente con la elocuencia

Gloria Villalba^{a,*}, Susana Pacreu^b, Juan Luis Fernández-Candil^b, Alba León^c,
Laura Serrano^a y Gerardo Conesa^a

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital del Mar, Barcelona, España

^b Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital del Mar, Barcelona, España

^c Servicio de Neurología, Hospital del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de marzo de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2015

On-line el xxx

Palabras clave:

Afasia

Área elocuente

Craneotomía con paciente despierto

Glioma cerebral

Mapeo lenguaje

Sedación consciente

RESUMEN

La incidencia y causas que pueden hacer finalizar de manera anticipada (sin finalizar el mapeo cortical/subcortical) la cirugía con paciente despierto para mapeo del lenguaje son poco conocidas. Se ha estudiado una serie de 41 pacientes con glioma en área del lenguaje en los que se ha realizado craneotomía y mapeo del lenguaje bajo sedación consciente. En 6 pacientes se tuvo que finalizar la cirugía de manera anticipada. Las causas fueron: crisis tónico-clónica (1), falta de colaboración por cansancio/sueño (4) con afectación o no en la articulación de la palabra, disminución del nivel de consciencia en contexto de encefalopatía por amonio que obligó a la intubación orotraqueal (1). Hay causas de finalización anticipada de la cirugía que podrían preverse y en algunos casos evitarse. La extensión de la lesión, la presencia de una afasia preoperatoria, el tratamiento con valproato y el tipo de anestesia empleado son variables a considerar para evitar el fracaso de la cirugía con paciente despierto para mapeo del lenguaje. Ante los resultados obtenidos, se proponen las siguientes medidas: 1) si la lesión es extensa realizar la cirugía en dos tiempos para evitar el cansancio, 2) si el paciente presenta afectación del lenguaje previa, no utilizar sedación durante la cirugía para evitar que la somnolencia empeore la articulación de la palabra, 3) en pacientes en tratamiento con valproato habría que descartar que la sintomatología preoperatoria no se deba a una encefalopatía por amonio.

© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Gloriavillalbamartinez@gmail.com (G. Villalba).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2015.06.001>

1130-1473/© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Incidence and causes of early end in awake surgery for language mapping not directly related to eloquence

A B S T R A C T

Keywords:

Aphasia
Eloquence area
Awake surgery
Brain glioma
Language mapping
Conscious sedation

The incidence and causes that may lead to an early end (unfinished cortical/subcortical mapping) of awake surgery for language mapping are little known. A study was conducted on 41 patients with brain glioma located in the language area that had awake surgery under conscious sedation. Surgery was ended early in 6 patients. The causes were: tonic-clonic seizure (1), lack of cooperation due to fatigue/sleep (4), whether or not word articulation was involved, a decreased level of consciousness for ammonia encephalopathy that required endotracheal intubation (1). There are causes that could be expected and in some cases avoided. Tumour size, preoperative aphasia, valproate treatment, and type of anaesthesia used are variables to consider to avoid failure in awake surgery for language mapping. With these results, the following measures are proposed: 1) If the tumour is large, perform surgery in two times to avoid fatigue, 2) if patient has a preoperative aphasia, do not use sedation during surgery to ensure that sleepiness does not cause worse word articulation, 3) if the patient is on valproate treatment, it is necessary to rule out the pre-operative symptoms that are not due to ammonia encephalopathy.

© 2015 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción y objetivo

El glioma es el tumor primario cerebral más frecuente en el adulto. Los gliomas de bajo grado tienen tendencia a presentarse en áreas cerebrales elocuentes. La extensión en la resección aumenta la supervivencia, tanto en gliomas de alto como de bajo grado^{1,2}. La cirugía con paciente despierto para realizar mapeo del lenguaje en los casos de gliomas en área del lenguaje es una práctica habitual. El objetivo de la cirugía es la resección máxima posible, sin añadir un déficit permanente al paciente. El límite de la resección tumoral lo define la relación entre la localización del lenguaje en el paciente y la lesión. En gliomas de lento crecimiento, la plasticidad cerebral hace que la localización del lenguaje se redistribuya³⁻⁵.

La cirugía se divide en tres partes: la primera parte consiste en la fijación de la cabeza en el craneostato de Mayfield y en la realización de una craneotomía. Para ello, no es necesaria la colaboración del paciente. La segunda parte consiste en primer lugar en un mapeo cortical del lenguaje (estimulación con técnica de Penfield), identificando con máxima precisión todas las zonas corticales implicadas en el lenguaje (para cada idioma hablado por el paciente) en o alrededor de la lesión. En segundo lugar, se realiza un mapeo subcortical para identificar la implicación de los fascículos de lenguaje (arcuato, longitudinal superior, longitudinal inferior, frontooccipital, uncinado), bajo monitorización neuropsicológica y neurofisiológica (registro de actividad epiléptica) durante la exéresis tumoral⁶⁻⁹. Durante esta fase, es necesaria la máxima colaboración del paciente, y por ello debe haber la menos sedación posible. La tercera parte de la cirugía consiste en la exéresis tumoral alejada del área elocuente, si la hubiese, y en el cierre de la duramadre, la craneotomía y la piel. Para esta última fase, tampoco se requiere de la colaboración del paciente.

Se han descrito dos estrategias anestésicas para llevar a cabo este tipo de cirugía¹⁰⁻¹²: el cuidado anestésico monitorizado, que consiste en una sedación consciente y la técnica dormido-despierto-dormido (DDD). En la técnica de sedación consciente, durante la primera parte de la cirugía (colocación del craneostato y realización de craneotomía) el paciente recibe infiltración de anestésico local en el cuero cabelludo (en el lugar de incisión quirúrgica, nervio supraorbitario, pre/retroauricular y occipital), junto a la administración intravenosa de fármacos sedantes (hipnótico y analgésico) en perfusión continua (generalmente remifentanilo ± propofol), a una dosis mínima, que permite al paciente estar despierto y no requerir de intubación orotraqueal. En la segunda parte de la cirugía se necesita la máxima colaboración del paciente. Por este motivo, se cesa la administración por vía intravenosa de fármacos sedantes. Solo se reintroducen durante esta segunda parte si el paciente está inquieto, angustiado o con dolor. En la tercera parte de la cirugía (cierre), se vuelve a introducir la sedación por vía intravenosa.

En la técnica DDD, se realiza una anestesia general con colocación de mascarilla laríngea en la primera parte. En la segunda parte de la cirugía, se despierta y se extuba al paciente. Finalmente, en la tercera parte, se vuelve a proceder a una anestesia general con intubación orotraqueal o colocación de una mascarilla laríngea. Esta técnica supone, entre otras consideraciones, la necesidad de ser muy cuidadoso a la hora de manejar la vía aérea para preservar la esterilidad del campo quirúrgico. Además, es preciso esperar, desde el despertar hasta la evaluación clínica, un tiempo variable en función de la dosis y metabolización de los fármacos utilizados.

La clínica de comienzo más frecuente en un glioma de bajo grado es la crisis comicial (también es frecuente, aunque menos, en gliomas de alto grado). Por este motivo, la mayoría de los pacientes son tratados con algún fármaco anticomicial

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3071289>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3071289>

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