

CRANEOTOMÍA EN PACIENTE DESPIERTO: REPORTE DE CASO EN EL HOSPITAL EL CRUCE.

Autores: Ímaz, Joaquín. Varela, Ariana.
Servicio de Anestesiología.

Introducción:

Los tumores cerebrales ubicados dentro o cerca de áreas motoras o involucradas en el lenguaje requieren un abordaje que brinde la posibilidad de maximizar la resección tumoral mientras se preservan las funciones neurológicas involucradas. Mantener al paciente deliberadamente despierto durante la exéresis permite el monitoreo neurológico constante. Detallamos un caso de abordaje dormido-despierto-dormido.

Métodos:

Paciente de sexo femenino de 20 años de edad, sin antecedentes, consulta por cuadro clínico de 1 año de evolución caracterizado por crisis parciales simples, bajo tratamiento con carbamazepina 200 mg/12 hs. Luego de la valoración por Servicio de Neurocirugía y con las imágenes obtenidas por RMN, se diagnostica LOE frontal izquierda, compatible con glioma de bajo grado. Se realiza el abordaje multidisciplinario que demanda la patología y la técnica anestésico-quirúrgica.

El caso es evaluado previo a la cirugía por el Servicio de Anestesiología, enfatizando en el examen de la vía aérea, la patología y la comprensión por parte de la paciente de la necesidad de su colaboración durante el acto quirúrgico, informando riesgos y beneficios de la técnica elegida. Se opta por realizar un manejo anestésico dormido-despierto-dormido, durante el cual la paciente recibe anestesia general para la craniectomía y el cierre, pero se despierta y se le retira el dispositivo de vía aérea para el mapeo y la resección.

Se realiza monitoreo mediante ECG, pulsioximetría, presión arterial invasiva y capnografía. Profilaxis anticonvulsivante con levetiracetam 1 gr y antiemética con dexametasona, ondansetrón y metoclopramida. Inducción con dexmedetomidina 1 mcg/kg durante 15 minutos, fentanilo 2 mcg/kg y propofol 2 mg/kg. Se coloca máscara laríngea Air Q 3.5. Se realiza bloqueo del escalpe (nervios supraciliar, auriculotemporal y occipital mayor) con bupivacaina 0,25%, 2 ml por cada nervio. Mantenimiento con remifentanilo 0,3 mcg/kg/min, propofol 4 mg/kg/h y dexmedetomidina 0,2 mcg/kg/h. Se interrumpe la infusión de propofol y remifentanilo y se despierta a la paciente para mapeo y resección, manteniendo la infusión de dexmedetomidina. Concluida la resección, se induce nuevamente a anestesia general para el cierre.

Resultados:

Se logra buena tolerancia al procedimiento y colaboración para la evaluación neurológica intraoperatoria.

Conclusiones:

Este abordaje permite lograr una evaluación neurológica óptima y, a su vez, evitar la incomodidad del paciente durante la parte más invasiva de la cirugía.