

Extubación inmediata tras neurocirugía de fosa posterior

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-051>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Jaime Martínez Roa

Facultad de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Antonio Gálvez Verdugo

Facultad de Medicina Universidad Católica de la Santísima Concepción.

Luis Canales Franco

Hospital Clínico Hermina Martín.

Joaquín Correa Peña

Hospital Clínico Hermina Martín.

Introducción

El despertar inmediato tras neurocirugía busca favorecer una sospecha temprana de complicaciones postoperatorias, ya que la evaluación neurológica clínica es la mejor y más costo efectiva forma de neuromonitoreo y un diagnóstico tardío puede ser catastrófico

Antecedentes y hallazgos clínicos

Se presenta el caso de una paciente de 46 años sin otros antecedentes de importancia. Refiere historia de cefalea de aproximadamente 6 meses de evolución a lo que se agrega síndrome vertiginoso las últimas semanas, consulta en urgencias dado aumento de sintomatología.

Se estudia mediante tomografía computada cerebral que evidencia tumor del piso del cuarto ventrículo e hidrocefalia supratentorial. La resonancia magnética confirma el diagnóstico (imagen 1a). Los exámenes preoperatorios y el electrocardiograma resultan normales (tabla 1).

Calendario (cronología)

8:20: Ingreso a pabellón

8:30: Inducción anestésica con propofol y remifentanil modo TCI

9:15: Se revierte rocuronio para medir PE basales

9:20: Posicionamiento en prono y fijación cabeza con craneostato

9:50: Inicio cirugía

11:13: Laboratorio basal (tabla 1)

11:48: Irritación PC XII

18:55: Laboratorio de control (tabla 1)

20:40: Fin cirugía

21:01: Extubación

22:48: Laboratorio ingreso a UCI (tabla1)

Plan anestésico

Anestesia total intravenosa con remifentanil y propofol en TCI, bloqueo neuromuscular con rocuronio, analgesia multimodal y profilaxis náuseas y vómitos postoperatorios. Se planifica como monitorización intraoperatoria el estándar ASA; además presión arterial cruenta, catéter venoso central, monitor de EEG procesado SEDline?, temperatura nasofaríngea y TOF Scan?. Prevención de hipotermia mediante manta térmica y administración de fluidos tibios. Se miden PE basales tras revertir bloqueo neuromuscular utilizado para intubación.

Se programa cirugía considerando monitoreo de potenciales evocados (PE) y ecografía intraoperatoria realizada por neurorradiólogo para guiar límites de resección y descartar complicaciones inmediatas como hematomas regionales

Durante el intraoperatorio mantiene estabilidad hemodinámica y ventilatoria, se ajustan perfusiones de remifentanil y propofol buscando mantener una banda alfa estable en la matriz de densidad espectral.

La resección transcurre sin complicaciones, sólo destaca irritación transitoria del PC XII. Previo al despertar se controlan parámetros de laboratorio que muestran un adecuado equilibrio del medio interno (tabla1)

Al finalizar la cirugía se evalúa la vía aérea objetivándose leve edema de lengua y mucosas, cuff leak test resulta positivo. Se aprecia estabilidad hemodinámica y ventilatoria. Por lo anterior, se decide extubar en pabellón. El tiempo total entre inducción y extubación fue de 12 hrs 30 minutos. Tras extubación la paciente se encuentra estable, tranquila y atingente, lo que permite una evaluación precoz de su condición neurológica. Es ingresada a UCI para monitoreo evolucionando favorablemente

Discusión y Conclusiones

Puede existir reticencia a extubar precozmente tras una cirugía de esta envergadura, posición y duración ya que dentro de los criterios de extubación precoz tradicionalmente descritos se incluye cirugía menor a 6 horas. Sin embargo, una evaluación individualizada de las condiciones al finalizar la cirugía permite decidir si optar por una extubación precoz o diferida por sobre un criterio fijo de tiempo. Factores relevantes para decidir una conducta son: el curso de la cirugía, evidencia de disfunción bulbar y alteración de conciencia preoperatoria.

Este caso evidencia la importancia del abordaje multidisciplinario de los casos neuroquirúrgicos complejos, incluyendo neurofisiología, neurorradiología y neuroanestesia.

Contacto

Nombre: Jaime Martínez Roa

Correo electrónico: martinezroajaime@gmail.com / martinezroajaime@gmail.com