

Anestesia para craneotomía en paciente despierto

Bocci CF.¹, Pérez Prieto F.¹, Aredes VE.¹, Villarino L.¹, Pérez A.¹

1 FLENI, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La craneotomía en el paciente despierto es el gold estándar para intervenciones neuroquirúrgicas que involucran áreas elocuentes de lenguaje, cuyo daño pueden generar un déficit neurológico significativo. Mediante el mapeo cerebral se pueden identificar estas áreas y ampliar los márgenes de resección tumoral.

Es fundamental una previa selección y preparación de los pacientes, así como una adecuada técnica anestésica para que el procedimiento sea exitoso.

Métodos: Durante el período septiembre de 2006 a agosto de 2018 fueron intervenidos en nuestra institución 25 pacientes mediante la técnica de craneotomía con paciente despierto.

Criterios de inclusión: Pacientes con tumores localizados en áreas elocuentes del lenguaje con dominancia cerebral previamente evaluada mediante resonancia magnética funcional (RMf).

Criterios de exclusión: Negación del paciente; Trastornos mentales y/o del lenguaje que impidan una interacción adecuada intraoperatoria.

Todos los pacientes fueron intervenidos con la misma técnica anestésica. Se mantuvo la ventilación espontánea con cánula nasal, monitoreo de capnografía y frecuencia respiratoria durante todo el acto quirúrgico.

Previo a la colocación del cabezal de Mayfield se realizó el bloqueo del cuero cabelludo con lidocaína 1% con epinefrina y bupivacaína 0,25%.

Se utilizó infusión continua de propofol 5-6 mg/kg/h y remifentanilo 0,05 ug/kg/min. Como medida anticonvulsiva se administró levetiracetam 20 mg/kg. Las lesiones fueron identificadas mediante neuronavegador.

Una vez realizada la craneotomía, las infusiones fueron detenidas para despertar al paciente y realizar el mapeo cerebral. Se evaluó el lenguaje en sus distintos aspectos y se definieron los límites de la resección.

Como técnica de relajación cerebral se le pidió al paciente que hiperventile aproximadamente cada 10 minutos.

Se realizó la exéresis tumoral y hemostasia aún con el paciente despierto.

Posteriormente, se volvieron a infundir los anestésicos para realizar un cierre rápido de la duramadre y piel. Se trasladó el paciente al resonador para evaluar el grado de resección tumoral y finalmente se realizó el cierre completo y se despertó al paciente.

Resultados: Se analizaron 25 pacientes con tumores en áreas elocuentes del lenguaje que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados.

No se presentaron complicaciones ni dificultades en la vía aérea o en el despertar intraoperatorio.

Como intercurencia, 8% de los pacientes (n = 2) presentaron crisis comiciales intraoperatorias que fueron controladas mediante la irrigación de solución salina fría en el campo quirúrgico y la administración de propofol.

Conclusión: En todos los pacientes se pudo llevar a cabo con éxito la técnica anestésica elegida, asegurando una adecuada resección del tumor.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.97>