



<https://www.revistaneurocirugia.com>

C-0222 - INCIDENCIA Y REPERCUSIÓN DEL EMBOLISMO AÉREO VENOSO EN LA CIRUGÍA DEL ÁNGULO PONTOCEREBELOSO EN POSICIÓN SEMISENTADA

P. Hevia Rodríguez, A. Elúa, M. Armendariz, M. Arrazola, L. Fernández, P. Torres, J. Undabeitia, P. Moreno, N. Samprón y E. Úrculo

Neurocirugía, Hospital Universitario Donostia, San Sebastián, España.

Resumen

Objetivos: Existe controversia sobre la utilización de la posición semisentada en neurocirugía, basada, entre otros, al riesgo de embolismo aéreo venoso (EAV). El objetivo del presente trabajo es describir la correcta colocación del paciente y analizar la incidencia y repercusión del EAV en posición semisentada durante la cirugía del ángulo pontocerebeloso.

Métodos: Se revisaron 50 pacientes consecutivos operados de patología del ángulo pontocerebeloso mediante abordaje retrosigmoideo en posición semisentada por el autor sénior (enero 2018-junio 2019). Entre otras variables, se analizaron la capnografía, cambios hemodinámicos, ecocardiografía transtorácica intraoperatorios y escala Rankin modificada.

Resultados: La edad media fue de 50 años. La mayoría de los casos fueron schwannomas vestibulares (74%) y meningiomas (14%). Tres pacientes (6%) presentaban foramen oval permeable. El tiempo medio en posición semisentada fue de 236 minutos. Se detectó EAV en 11 pacientes (22%), el 8% durante la craneotomía, 6% durante la apertura dural y 8% durante la disección microquirúrgica. Todos se revirtieron satisfactoriamente (tiempo medio de reversión: ocho minutos). Se graduó según la clasificación de Tübingen: 6% grado I; 2% grado II; 12% grado III, 2% grado IV y 0% grado V. Aquellos en los que se detectó EAV tuvieron mayor tiempo de estancia media en reanimación ($5,5 \pm 1,06$ días con EAV vs. $1,9 \pm 0,20$ días sin EAV; $p = 0,01$). No se vieron diferencias en la escala Rankin a los seis meses ($0,82 \pm 0,37$ vs. $0,74 \pm 0,22$; $p = 0,64$). No hubo morbilidad secundaria a la posición semisentada.

Conclusiones: La posición semisentada es exigente para anestesistas y neurocirujanos. Sus beneficios son superiores al riesgo de complicaciones. En la mayoría de ocasiones, la detección de EAV intraoperatorio no implica cambios hemodinámicos relevantes, ni repercusión clínica a largo plazo. Es crucial detectar y resolver a tiempo un EAV, para ello, es necesaria una excelente cooperación entre el equipo de anestesia, enfermería, neurofisiología y neurocirugía.