

Accidente cerebro-vascular isquémico en cirugía dermatológica

Stroke in dermatologic surgery

Catalina Oliveros¹, Jairo Quiñones²

1. Médico, residente de Dermatología, Universidad Icesi, Cali, Colombia
2. Médico neurólogo, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia

Resumen

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 61 años de edad, con antecedentes de enfermedad cardiovascular importante, que sufrió un accidente cerebro-vascular isquémico posterior a una cirugía dermatológica, que provocó su muerte. Además de sus múltiples enfermedades de base, tenía como antecedente el haber suspendido el ácido acetilsalicílico antes de la cirugía.

La necesidad de suspender la antiagregación plaquetaria en un paciente con riesgo cardiovascular que va a ser sometido a cirugía se limita a procedimientos con posibilidad de pérdidas masivas de sangre o en los que el desarrollo de un hematoma pueda conllevar a una morbilidad importante. En el caso de cirugías menores, como es el caso de la cirugía dermatológica, pese a aumentar el riesgo de sangrado y de sufrimiento de los colgajos si se trata de cirugías complejas, se sugiere continuar con la antiagregación plaquetaria.

PALABRAS CLAVE: accidente cerebro-vascular isquémico, suspensión de antiagregante plaquetario, carcinoma basocelular.

Summary

We present the case of a male patient aged 61 with a history of significant cardiovascular disease, who suffered an ischemic stroke that ended in death after dermatological surgery. The patient had stopped using antithrombotic medication. The requirement for antiplatelet suspension in a cardiovascular risk patient that is going to be taken to surgery is limited to surgeries with the possibility of massive loss of blood or the development of a hematoma that could lead to significant morbidity. In the case of minor surgery, as in the case of dermatological surgery, there is no indication of suspension of antiplatelet treatment.

KEYWORDS: Ischemic stroke, antiplatelet suspension, basal cell carcinoma.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 61 años de edad con diagnóstico de carcinoma basocelular torácico izquierdo, con antecedentes de hipertensión arterial, infarto agudo del miocardio e insuficiencia cardiaca congestiva, que tomaba 100 mg diarios de ácido acetilsali-

cílico como antiagregante plaquetario y que suspendió el medicamento siete días antes de la resección de un carcinoma basocelular.

Después de la resección de la lesión, presentó pérdida de la conciencia, desviación de la comisura labial a la izquierda y hemiparesia derecha. Ingresó a urgencias una hora después del inicio de la sintomatología en ven-



FIGURA 1.Imagen al ingreso a urgencias, tomografía cerebral con lesión de encefalomalacia frontal derecha como signo de lesión isquémica antigua.



FIGURA 2.Tomografía 18 horas después del ingreso: accidente isquémico agudo en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, hemorragia subaracnoidea occipital bilateral y área de encefalomalacia frontal

tana de trombólisis. Se hizo el diagnóstico de accidente cerebro-vascular isquémico de la arteria cerebral media izquierda. La tomografía computadorizada (TC) cerebral simple al ingreso fue normal (**FIGURA 1**).

Dado que la resección del carcinoma basocelular se considera una cirugía menor, no se consideró como contraindicación para el tratamiento trombolítico con activador tisular del plasminógeno (RT-PA). Se usó trombólisis, la cual no mejoró la condición neurológica del paciente. Durante el procedimiento, se presentó un ligero sangrado en el área de resección del carcinoma, que cedió con la aplicación de compresión externa. En la TC de control, 18 horas después del ingreso, se observó un extenso infarto isquémico del territorio de la arteria cerebral media izquierda, posterior al tratamiento trombolítico con RT-PA (**FIGURA 2**). El paciente persistía con hemiplejia derecha y afasia.

A las 32 horas después del ingreso, presentó una crisis epiléptica tónico-clónica generalizada. En la TC cerebral de control se observó un accidente cerebrovascular isquémico en evolución (**FIGURA 3**).

A las 48 horas después del ingreso, continuaba con compromiso de su estado neurológico, y requirió intubación orotraqueal. Se hizo un control tomográfico y se encontró un infarto cerebral muy extenso, con signos de herniación subfalcina (**FIGURA 4**). A las 52 horas, el paciente falleció.

Discusión

La enfermedad tromboembólica es una de las principales complicaciones de los pacientes con cardiopatías,

tanto por su alta prevalencia y su frecuencia como por su gravedad. Afecta, principalmente, al territorio cerebro-vascular y coronario, seguido de la oclusión arterial aguda de las extremidades. La enfermedad cerebro-vascular es la tercera causa de muerte en los países industrializados¹.

Existen varios tipos de agentes antiagregantes que se diferencian por su mecanismo de acción y por la duración de su efecto. Los más utilizados son el ácido acetilsalicílico (inhibición de la ciclooxygenasa y síntesis de tromboxano A2 plaquetario), el dipiridamol (parece incrementar los niveles de AMP cíclico por inhibición de la fosfodiesterasa y desaminasa de adenosina), el copidogrel (bloquea el receptor para ADP e interacciona con la glucoproteína IIb/IIIa plaquetaria), los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden producir una inhibición reversible de la ciclooxygenasa plaquetaria². Debido a la alta prevalencia de la enfermedad cardiovascular y tromboembólica secundaria, los antiagregantes plaquetarios tienen un uso masivo para la prevención de trombosis coronaria y cerebral. No obstante, este uso no es indiscriminado, las indicaciones de su empleo están establecidas.

Las indicaciones en cardiología son: infarto agudo del miocardio, síndromes coronarios agudos (angina estable, angina inestable-infarto agudo del miocardio sin onda Q), angioplastia coronaria percutánea con colocación de stent coronario, fibrilación auricular, cirugía coronaria y algunas valvulopatías. Las indicaciones en neurología son: fase aguda del infarto cerebral, angioplastia carotídea con colocación de stent, prevención secundaria de los accidentes cerebro-vasculares en pacientes sin



FIGURA 3. Tomografía 32 horas después del ingreso: accidente isquémico en evolución en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, trombo en la arteria cerebral media del mismo lado, área de encefalomalacia frontal derecha y hemorragia subaracnoidea y occipital

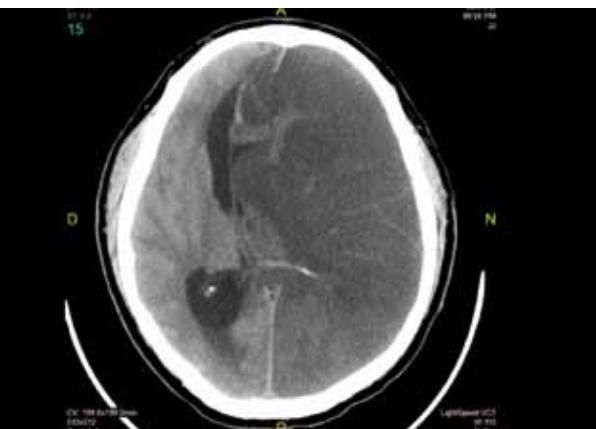


FIGURA 4. Tomografía cerebral simple 48 horas después del ingreso. Infarto hemisférico izquierdo extenso, con herniación subfalcina.

cardiopatía generadora de embolia. Existen otras indicaciones, como prótesis vascular, estenosis carotídea generadora de embolia y arteriopatías periféricas^{3,4}.

En pacientes con enfermedad cerebro-vascular o coronaria, se recomienda (grado de recomendación A) el tratamiento antiagregante a largo plazo, que puede ser suspendido en el periodo perioperatorio solamente cuando, comparado con los beneficios, el riesgo hemorrágico inherente al procedimiento quirúrgico sea superior al riesgo cardiovascular asociado a la suspensión de los antiagregantes³.

Se sugiere la suspensión de los antiagregantes plaquetarios para los procedimientos quirúrgicos amplios, que requieren grandes abordajes, disecciones ganglionares extensas –como los oncológicos–, y procedimientos plásticos o reconstructivos complejos de gran tamaño. También, en aquellos procedimientos en que un hematoma puede causar una catástrofe, como en los neuroquirúrgicos. Por el contrario, las cirugías limitadas a un territorio pequeño –como la herniorrafia inguinal–, cirugías superficiales –como las dermatológicas–, o en terrenos poco irrigados –como la cirugía de catarata–, no necesitan suspensión de la antiagregación plaquetaria^{5,6}.

En el caso específico de la cirugía dermatológica, se ha observado que la tasa de complicaciones en pacientes con antiagregación plaquetaria o con anticoagulación es mayor en aquellos que reciben clopidogrel o warfarina. En un estudio se valoraron 220 pacientes de cirugía de Mohs que recibían clopidogrel; se encontró que los que recibían este medicamento tenían 28 veces más riesgos de complicaciones importantes que los que no recibían ningún medicamento antiagregante, y 6 veces más riesgos que los que recibían ácido acetilsalicílico como

monoterapia. Las complicaciones eran 8 veces más frecuentes en pacientes que recibían ácido acetilsalicílico y clopidogrel, que los sujetos control en monoterapia con ácido acetilsalicílico⁷. En otro estudio se valoraron 1.911 pacientes de cirugía dermatológica, de los cuales, 38 % estaba con anticoagulación o con antiagregación plaquetaria; se observó que los que recibían clopidogrel y warfarina, tenían 40 veces más riesgos de complicaciones por sangrado; los cierres con colgajos complejos tenían mayor riesgo de complicaciones⁸. Pese a esto, en las cirugías de piel, se recomienda continuar el uso de estos medicamentos para evitar tromboembolias.

Conclusión

La historia clínica del paciente que requiere una intervención quirúrgica dermatológica debe hacerse con sumo cuidado, ahondando en sus antecedentes patológicos y farmacológicos.

La antiagregación plaquetaria debe suspenderse únicamente en las cirugías en las que el sangrado condiciona el éxito de la intervención, en aquellas con riesgo hemorrágico importante y en las que la hemostasia es difícil.

La cirugía dermatológica no requiere suspensión de la antiagregación plaquetaria. En este caso, el riesgo de compromiso cardiovascular es muy alto frente a una hemostasia de fácil manejo.

El dermatólogo no debe sugerir ni realizar cambios en la medicación de un paciente con riesgo cardiovascular. Estos casos deben ser remitidos al cardiólogo o anestesiólogo, quien evaluará de forma objetiva cada paciente en particular.

Referencias

1. Galindo G, Peiró R, Plana A, Navarro MA, Berdié J, Morató J. Profilaxis de la enfermedad tromboembólica en enfermos con cardiopatía. Aten Primaria. 2000;26:293-7.
 2. Vademecum Internacional Online. CMP Medicom.Editorial. Capitán Haya, 38. 6º Izqda 28020 Madrid. Fecha de consulta: 30 ene 2012. Disponible en: <http://www.vademecum.medicom.es>
 3. Isetta PDC, Juliard JM, Lasne D, Leys D, Mismetti P; Expert Group. Antiplatelet agents in the perioperative period: Expert recommendations of the French Society of Anesthesiology and Intensive Care (SFAR) 2001—summary statement. Can J Anesth. 2002;49:S26-35.
 4. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy: Evidence-base guidelines. Chest. 2004;126:163-696.
 5. Lecompte T, Hardy JF. Antiplatelet agents and perioperative bleeding. Can J Anesth. 2006;53:S103-12.
 6. Horlocker TT, Wedel DJ, Benzon H, Brown DL, Enneking FK. Regional anesthesia in anticoagulated patient: Defining the risks (The Second ASRA Consensus Conference on Neuraxial Anesthesia and Anticoagulation). Reg Anesth Pain Med. 2003;28:172-97.
 7. Cook-Norris RH, Michaels JD, Weaver AL, Phillips PK, Brewer JD. Complications of cutaneous surgery in patients taking clopidogrel-containing anticoagulation. J Am Acad Dermato. 2011;65:584-91.
 8. Bordeaux JS, Martires KJ, Goldberg D, Pattee SF, Fu P, Maloney ME. Prospective evaluation of dermatologic surgery complications including patients on multiple antiplatelet and anticoagulant medications. J Am Acad Dermatol. 2011;65:576-83.
-
-