

INFORMES DE CASOS DESTACADOS – ACIDO TRANEXAMICO EN REEMPLAZO TOTAL DE CADERA

Reemplazo total de cadera sin transfusión de sangre: paciente de sexo masculino de 53 años con arritmia cardiaca

Un hombre testigo de Jehová de 53 años tenía osteoartritis severa en la cadera izquierda. Tenía un manejo no quirúrgico a largo plazo que incluía ejercicio, AINE e inyecciones intraarticulares. En última instancia, lo anterior no proporcionaba un alivio duradero y optó por realizarse el reemplazo de cadera. Algunos problemas médicos que tenía eran arritmia cardíaca, problemas crónicos de espalda, hipertensión y colesterol alto. Su Hgb preoperatoria era de 16,7. En diciembre de 2015, se realizó un reemplazo total de cadera izquierda con un abordaje anterior. El manejo perioperatorio incluyó la normotermia, recuperación de sangre autóloga con Cell Saver y 1 gramo de ácido tranexámico administrado por IV una hora antes de la incisión, con una administración intraoperatoria directa en la herida quirúrgica antes de cerrarla. La pérdida de sangre intraoperatoria fue de 500 ml, de los cuales 400 ml se devolvieron mediante la recuperación de sangre autóloga con Cell Saver. Luego de la operación, su Hgb fue de 15,4 en la sala de recuperación, y bajó a 14,1 una semana más tarde cuando se lo atendió en la sala de emergencias por estreñimiento inducido por opiáceos. 2 semanas luego de la operación, caminaba con un bastón. A los dos meses, todos sus problemas estaban relacionados con la espalda, y casi no tenía dolor en la cadera izquierda. Se realizó una cirugía de espalda 5 meses después de operarse la cadera. Al año y a los dos años de la cirugía, tuvo consultas de rutina con rayos X y sigue estando bien. Los próximos rayos X están programados para 5 años después de la cirugía.

Notas del Dr. Penn:

El ácido tranexámico (TXA) viene en presentación de 1 gramo en un vial de 10 ml. La dosis preoperatoria se administra dentro de la hora anterior a la incisión, 1 gramo por IV durante diez minutos o más. A veces, se administra sin diluir, pero otras veces, algunas de las enfermeras la diluyen con 10 ml de solución salina normal, lo que duplica el volumen. La razón por la que se administra lentamente es porque puede causar náuseas si se la administra demasiado rápido. El momento exacto de la administración preoperatoria no es crítico.

La aplicación tópica es 1 gramo sin diluir colocado en la herida al cierre.

Se ha probado administrar un gramo adicional aproximadamente 3 horas después de la operación pero pareció provocar una leucocitosis con algo de consistencia. La tercera dosis no pareció hacer una diferencia con respecto a la Hgb posoperatoria. No se da consideración especial a la presencia de stents o cualquier otra cosa, ya que este material no se considera trombogénico. Existe evidencia de que una dosis oral preoperatoria es tan efectiva como la IV, pero como nuestros pacientes son NPO (nada por boca), optamos por la administración por IV.