

INFORMES DE CASOS DESTACADOS – ACIDO TRANEXAMICO EN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA-1

Reemplazo total de rodilla sin transfusión de sangre: mujer de 83 años con enfermedad renal

Una mujer testigo de Jehová de 83 años con osteoartritis severa en la rodilla derecha. Ella sufrió dolor por varios años, pero en la primavera de 2017, los síntomas empeoraron significativamente, lo que le hacía difícil el caminar. Tenía un historial de hipertensión y enfermedad renal bien controladas, y un AIT en el pasado. La única cirugía que tuvo fue una cesárea cuando era joven. Inicialmente, se la trató con modificación de la actividad, analgésicos de venta libre y una inyección de esteroides, pero esto no logró un alivio duradero significativo y, por lo tanto, se presentó para un reemplazo total de rodilla. Debido a su enfermedad renal, tenía anemia crónica con un nivel preoperatorio de Hgb de 10,6; demasiado alto para eritropoyetina. Se consideró con ella el uso de un torniquete y recuperación de sangre autóloga con Cell Saver durante la operación, el uso de ácido tranexámico antes de la operación y el manejo meticuloso del tejido. Su cirugía se realizó a finales del verano de 2017. Se administró 1 gramo de ácido tranexámico por vía intravenosa 1 hora antes de la operación y 1 gramo mediante aplicación directa en el lugar de la cirugía inmediatamente antes de cerrarla. Su pérdida de sangre fue de 200 ml; no fue suficiente para el retorno de Cell Saver. Luego de la operación, completó su rehabilitación sin problemas. A las 8 semanas, utilizaba un bastón y tenía poco malestar. Fue dada de alta con el plan de verla dentro de 1 año para un seguimiento con rayos X.

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.