

INFORMES DE CASOS DESTACADOS – ACIDO TRANEXAMICO EN REEMPLAZO TOTAL DE RODILLA-2

Reemplazo total de rodilla: hombre de 65 años con osteoartritis severa; previamente se le negó tratamiento en otro hospital

Un hombre testigo de Jehová de 65 años con osteoartritis severa en ambas rodillas; más severa en la derecha. Estuvo presente por muchos años, pero, recientemente, un accidente automovilístico empeoró sus síntomas. Se realizó un amplio tratamiento no quirúrgico por varios años. Tenía programado un reemplazo total de rodilla en una comunidad vecina, y su cirujano estaba al tanto de que él era testigo de Jehová. A último momento, su cirujano canceló la cirugía por debido a paciente no aceptaba una transfusión de sangre. Fue recibido y evaluado en nuestra clínica y se consideró que era un candidato razonable para una Artroplastia Total de Rodilla. Su Hgb preoperatoria era de 12,6 inicialmente, pero mejoró a 13,2, que era solo apenas anémica, con terapia de hierro oral. Otros problemas eran un historial de ataque cerebral, hipertensión y dislipidemia. La cirugía se le realizó en la primavera de 2017. Se utilizó un sistema de recuperación de sangre autóloga con Cell Saver y ácido tranexámico; un gramo se administró por IV una hora antes de la operación y un gramo se administró directamente en la herida quirúrgica antes de cerrarla. Su pérdida de sangre en la cirugía fue de 200 ml; no fue suficiente para el retorno de Cell Saver. No tuvo problemas posoperatorios y fue dado de alta a los 2 meses, con un seguimiento con rayos X al año.

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.

¹ Estudios recientes han determinado que administrar hierro por vía oral dos veces al día o una vez al día desencadena la producción de hepcidina en el intestino, lo que a su vez bloquea la absorción de hierro. El método recomendado actual es una sola dosis cada dos días - <http://www.hematology.org/Thehematologist/Diffusion/8265.aspx>

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.