

Bibliografía

1. Hefny AF, Joshi S, Saadeldin YA, Fadlalla H, Abu-Zidan FM. Primary anterior abdominal wall actinomycosis. *Singapore Med J.* 2006;47:419-21.
2. Tedeschi A, Di Mezza G, D'Amico O, Ermann A, Montone L, Siciliano M, et al. A case of pelvic actinomycosis presenting as cutaneous fistula. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003;108:103-5.
3. Filipovic B, Milinic N, Nikolic G, Ranthelovic T. Primary actinomycosis of the anterior abdominal wall: case report and review of the literature [revisión]. *J Gastroenterol Hepatol.* 2005;20:517-20.
4. Lunca S, Bouras G, Romedea NS, Perteu M. Abdominal wall actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine device: a case report and review of the literature [revisión]. *Int Surg.* 2005;90:236-40.



Cirugía urgente en paciente con infarto agudo de miocardio de 72 horas de evolución: ¿cómo actuar?

Vanessa Rodríguez y Luciano Aguilera

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Basurto. Bilbao. Vizcaya. España.

Según las Guías de la Sociedad Española de Cardiología¹, la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardiopata en cirugía no cardíaca en los 3 meses posteriores a un infarto agudo de miocardio (IAM) determina un riesgo de reinfarto o muerte de un 30%; del 6% si se realiza entre los 3 y 6 meses, y del 2% cuando se esperan 6 meses. Es por ello que la cirugía de un enfermo con IAM debe realizarse preferentemente a los 6 meses tras el infarto. Sin embargo, la actuación en la cirugía urgente no está recogida en estas guías, en las que únicamente se recomienda extremar la monitorización intraoperatoria sin demorar la cirugía.

Presentamos el caso de un varón de 55 años con antecedentes de ingesta enólica importante e hipertensión arterial sin control médico. Tres días antes de la cirugía urgente sufre un cuadro de síncope con caída y clínica vegetativa; se diagnostica IAM inferior, y se le coloca un *stent* farmacológico. En el tratamiento al alta se pauta clopidogrel 75 mg/día y ácido acetilsalicílico (AAS) 150 mg/día, entre otros fármacos. A las 72 h de instaurado el tratamiento acude de nuevo a urgencias por cuadro de mareo con hipotensión y sudoración profusa. En la tomografía computarizada (TC) abdominal urgente se objetiva un hematoma subcapsular esplénico de 15 × 8 cm de diámetro en relación con hemoperitoneo importante, sin signos de sangrado activo. Se diagnostica de rotura es-

plénica con hemorragia en dos tiempos: el primero en el episodio del IAM, donde la caída pudo causar la rotura esplénica, y el segundo después del IAM, donde la administración de 2 antiagregantes pudo favorecer el sangrado esplénico. Fue intervenido de urgencia realizándose una esplenectomía reglada. Permaneció estable hemodinámicamente y no se objetivaron alteraciones electrocardiográficas durante la intervención, donde se observó un hemoperitoneo de aproximadamente 3 l y se transfundieron 2 concentrados de hemáties, plasma fresco congelado y plaquetas.

Ingresó en la unidad de reanimación para control postoperatorio. A pesar de que no presentó en ningún momento clínica de angina ni alteraciones electrocardiográficas de nueva aparición, se objetivó una elevación de enzimas cardíacas con troponinas T hasta 2,69 ng/dl (0-0,04) indicativas de un nuevo IAM perioperatorio. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta de la unidad de reanimación al tercer día de estancia.

El riesgo quirúrgico del paciente cardiopata en cirugía no cardíaca depende de dos circunstancias: el tipo de cardiopatía y la agresividad del procedimiento quirúrgico². El riesgo de complicaciones cardíacas graves es mayor en aquellos cuyo IAM aconteció en las 6 semanas previas a la operación (período de cicatrización del IAM). Además, los enfermos con *stents* farmacológicos tienen un riesgo de trombosis mayor que los portadores de *stents* no recubiertos³. La cirugía urgente debe realizarse sin dilación, pero ¿qué hacer ante la antiagregación con la que se trata a estos pacientes?, ¿cómo actuar para minimizar el riesgo de una nueva trombosis coronaria?

Tanto el AAS como el clopidogrel poseen una farmacodinamia similar en lo que se refiere a su capacidad para producir una inhibición plaquetaria acumulativa tras la

Correspondencia: Dra. V. Rodríguez Fernández.
Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo, 18. 48013 Bilbao. Vizcaya. España.
Correo electrónico: vanessa.rodriguezfernandez@osakidetza.net.

administración diaria de dosis bajas⁴. La agregación plaquetaria se inhibe y alcanza una concentración máxima estable después de 4-7 días, y por ello son necesarios 7 días, después de la última dosis, para que la función plaquetaria se restablezca. Recientemente, Payne et al⁵ investigaron el efecto del uso combinado del clopidogrel y la aspirina en el tiempo de sangría en voluntarios sanos, observaron que, tras 2 días de tratamiento con clopidogrel 75 mg/día y AAS 150 mg/día, el tiempo de sangría era 3,4 veces mayor que el basal.

La cirugía no demorable imposibilita actuar de manera acorde con lo establecido en las guías sobre uso de fármacos antiagregantes plaquetarios, ya que no es posible su demora un mínimo de 6 semanas para minimizar los riesgos, ni es posible la sustitución de los antiagregantes "mayores" (aspirina y tienopiridinas) por antiinflamatorios no esteroideos de vida media corta y con efectos antiagregantes reversibles.

En la actualidad, es frecuente que tanto cirujanos como anestesiólogos se encuentren con pacientes tratados con este tipo de fármacos, tanto en cirugía electiva como de urgencia, lo que plantea frecuentes controversias entre ambas especialidades en lo que se refiere al momento de realizar la intervención. En nuestro caso, dado que nos encontrábamos ante una hemorragia grave, favorecida en gran medida por la toma de 2 antiagregantes, el tratamiento incluyó la transfusión de plaquetas, a pesar

de aumentar así el riesgo de trombosis coronaria y reinfarcto, como posiblemente sucedió en nuestro enfermo.

En ausencia de guías que orienten ante este tipo de situaciones, los riesgos y beneficios de nuestras actuaciones deberán valorarse ad hoc para cada paciente, considerando dos aspectos fundamentales: la posibilidad de complicaciones cardiológicas y la técnica quirúrgica, incluyendo aspectos como duración, agresividad y sangrado.

Bibliografía

1. Pastor LF, Antigao R, Honorato JM, Junquera C, Navarro E, Ortigosa FJ, et al. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en la valoración del riesgo quirúrgico del paciente cardíaco sometido a cirugía no cardíaca. *Rev Esp Cardiol*. 2001;54:186-93.
2. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, Chaitman BR, Ewy GA, Fleischmann KE, et al. ACC/AHA guideline update for perioperative cardiovascular evaluation for noncardiac surgery: executive summary a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice guidelines. *Circulation*. 2002;105:1257-67.
3. Auerbach A, Goldman L. Assessing and reducing the cardiac risk of noncardiac surgery. *Circulation*. 2006;113:1361-76.
4. Patrono C, Bachmann F, Baigent C, Bode C, De Caterina R, Charbonnier B, et al. Documento de consenso de expertos sobre el uso de agentes antiplaquetarios. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:963-80.
5. Payne DA, Hayes PD, Jones CI, Belham P, Naylor AR, Goddall AH. Combined therapy with clopidogrel and aspirin significantly increases the bleeding time through a synergistic antiplatelet action. *J Vasc Surg*. 2002;35:1204-9.



Localizador web
Artículo 195.744

Ganglioneuroma mediastínico, un hallazgo fortuito en metastasectomía pulmonar y hepática de tumor de células germinales

Jose Ramón Cano García, Francisco Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado y Ángel Salvatierra Velázquez
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Los tumores de células germinales (TCG) son neoplasias poco comunes que suelen afectar a pacientes jóvenes. Su pronóstico ha mejorado mucho en los últimos 20 años, ya que son tumores sensibles a la quimioterapia, sobre todo a ciclos basados en cisplatino. El tratamiento

de elección de las metástasis de los TCG es la cirugía y la quimioterapia¹⁻⁴.

Presentamos el caso de un varón de 18 años con antecedente de orquiectomía unilateral por TCG mixto. En la tomografía computarizada de seguimiento, se observó una masa pulmonar apical derecha y hepática sincrónica (figs.1 y 2). Ante la sospecha de lesión metastásica, se trató con un nuevo ciclo de poliquimioterapia (cisplatino y etopósido), con remisión parcial de la lesión hepática, pero sin respuesta de la pulmonar. La cirugía evidenció que la masa torácica no era pulmonar, sino que dependía del nervio simpático (T1-T4). La biopsia intraoperatoria fue compatible con ganglioneuroma. Se resecó una le-

Correspondencia: Dr. J.R. Cano García.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía.
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.
Correo electrónico: josejavich@hotmail.com

Manuscrito recibido el 15-2-2007 y aceptado el 23-4-2007.