

Estudio Preoperatorio del Paciente Reumático

Marta Aliste S.
Sección de Reumatología
Hospital Clínico Universidad de Chile

Con la excepción de pacientes en que la enfermedad articular ha causado inestabilidad espinal o desórdenes neurológicos, las otras cirugías ortopédicas en general son electivas.

Un paciente reumático adulto mayor tiene más riesgo de enfrentar intervenciones de urgencia por enfermedad coronaria, gastrointestinal, vascular, etc.

El problema radical está en la cirugía de urgencia, que no permite un buen estudio preoperatorio; esta exposición se refiere más bien al estudio de una cirugía electiva.

La importancia de una evaluación preoperatoria completa, es que muchos pacientes adultos mayores necesitan evaluación del riesgo cardiovascular, pulmonar, renal y vascular; todos estos compromisos deben ser buscados y estabilizados previo a la cirugía. Cualquier infección debe ser erradicada ante una eventual intervención quirúrgica (infecciones urinarias, caries dentales, faringitis, infecciones cutáneas, etc). Hombres con hipertrofia prostática, que pudiera producir retención urinaria en el postoperatorio, deben ser evaluados por urólogo previo a la cirugía, para evitar cateterismo vesical que pudiera originar una bacteriemia en el postoperatorio. El estado nutricional es otro factor a considerar, ya que en general está deteriorado en pacientes añosos; una mala nutrición se relaciona con alteración de la hemostasia y cicatrización, además de un aumento del riesgo de infecciones. En el caso de pacientes obesos, se debería alentar a que bajaran de peso para facilitar el éxito de la rehabilitación; en obesos se ha reportado aumento de la incidencia de infección de prótesis y sangramientos en el intraoperatorio.

FARMACOS EN EL PERIOPERATORIO DE PACIENTES REUMATICOS

Para reducir el riesgo de complicaciones operatorias y en el postoperatorio, incluyendo excesivo sangramiento y deterioro de la cicatrización, los antiinflamatorios deberían ser retirados, según sea el caso, al menos dos vidas medias de la droga en uso previo a la cirugía; en el caso del diclofenaco e ibuprofeno, que son de vida media corta, sólo dos días previo a la cirugía; en otros como el piroxicam se debería suspender cinco días previo a la cirugía. Antes de la cirugía debería aliviarse el dolor con paracetamol.

En el caso de la aspirina, debería suspenderse su administración una semana previo a la cirugía.

En el caso de los corticoides, que muchos pacientes usan en forma crónica, en la práctica clínica común se recomienda una dosis de estrés en el peri y postoperatorio reciente, con la intención de prevenir una insuficiencia adrenocortical. Sin embargo, en el último tiempo se cree que la suplementación de corticoides debería más bien relacionarse con la magnitud de la intervención quirúrgica, como se ilustra en la Tabla 1.

En relación a los fármacos inmunosupresores, todavía hay controversia, en relación a que estos fármacos aumentan la susceptibilidad a infecciones; sin embargo, son los que controlan la actividad de la enfermedad inflamatoria, y su suspensión también es riesgosa.

Hay estudios prospectivos randomizados que han demostrado que no hay aumento de infecciones en cirugía ortopédica en pacientes con artritis reumatoidea a los que se les ha mantenido el metotrexato versus pacientes a los que se les había suspendido.

ESTUDIO PREOPERATORIO DE PACIENTES QUE VAN A SER SOMETIDOS A ARTROPLASTIA DE CADERA O RODILLA

Se debe hacer evaluación médica, con especial interés en historia de enfermedad tromboembólica, retención urinaria, discrasias sanguíneas e inmunodepresión. Esto es muy relevante, porque la enfermedad tromboembólica es una seria complicación que puede causar la muerte dentro de los tres primeros meses postcirugía. En pacientes no protegidos con anticoagulación profiláctica, se han descrito trombosis venosa profunda en un 50%-70% y una incidencia de 2% a 3% de embolia pulmonar.

Para reducir la posibilidad de infección intraoperatoria, al paciente se le debe tratar cualquier foco infeccioso que pudiese gatillar una bacteriemia; se usan antibióticos profilácticos antes de la cirugía y 24 a 48 horas postoperatorio o hasta retirar drenajes.

ESTUDIO PREOPERATORIO DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA Y ESPONDILOARTROPATIA

Se debe estudiar el compromiso sistémico extraarticular de la artritis, poniendo especial atención en pulmones, vía aérea, médula espinal y médula ósea.

Dada la necesidad de anestesiarse al paciente, es muy importante evaluar la inestabilidad en vértebras cervicales atlantoaxoideas, que tanto en artritis reumatoidea como en espondiloartritis pueden subluxarse y producir compresión medular durante la intubación por laringoscopia directa, lo que hace este último procedimiento

muy riesgoso. En estos casos se intuba al paciente con visualización directa con broncoscopio de fibra óptica flexible; el procedimiento se realiza con el paciente despierto y evitando la flexión del cuello.

Además, en relación con el manejo de la vía aérea, los pacientes con artritis pueden presentar: compromiso de articulación temporomandibular, hipoplasia mandibular, anquilosis o fusión de columna cervical, artritis cricoarritenoidea y subluxación atlantoaxoidea, eventos que alteran el manejo adecuado de la vía aérea y pueden llevar a compresión medular cervical.

Por estas razones, en todos estos casos es preferible intubar con fibrobroncoscopio flexible con visualización directa y el cuello estabilizado en extensión.

Si existe compromiso pulmonar secundario, también debería hacerse una adecuada evaluación por especialista del compromiso obstructivo y restrictivo pulmonar, para evitar complicaciones post una gran cirugía.

Finalmente, los pacientes reumatológicos presentan un gran desafío para el cirujano, porque están afectados de múltiples comorbilidades que pueden afectar el resultado quirúrgico.

En la Tabla 2 se presenta un resumen de las comorbilidades que existen en las diferentes enfermedades reumatológicas.

El manejo anestésico de pacientes con severas enfermedades reumáticas debería tratar de emplear anestesia regional cuando sea posible y la intubación asistida con broncoscopio de fibra óptica en el paciente despierto, ante la necesidad de anestesia general en un paciente con subluxación atlantoaxoidea o con problemas en el manejo de la vía aérea alta.

TABLA 1. RECOMENDACIONES PARA GLUCOCORTICOIDES EN EL PERIOPERATORIO

| Grado de estrés quirúrgico | Definición | Dosis de glucocorticoides |
|----------------------------|--|---|
| Menor | Procedimiento con anestesia local menos de 1 hora | Hidrocortisona 25 mg o equivalente |
| Moderado | Procedimiento de cirugía vascular y de reemplazo articular de extremidades inferiores | Hidrocortisona 50 a 75 mg e.v. en el preop. e hidrocortisona 50 mg e.v. durante cirugía |
| Mayor | Procedimientos tales como: esofagostrectomía, bypass coronario, cirugía cardiopulmonar | Hidrocortisona 100 mg e.v. 2 horas previo a cirugía y seguir con 50 mg cada 8 horas por 48 a 72 horas postcirugía |

TABLA 2. COMORBILIDADES EN LAS DIFERENTES ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

| | Comorbilidad | Presente en |
|---|---|---|
| Vascular | Enfermedad isquémica cardiaca | AR, LES, ESP |
| | Pericarditis | AR, LES, ESP |
| | Enfermedad valvular | EAA, AR, LES |
| | Desórdenes de conducción | EAA, AR |
| | Enfermedad perivasculare | AR, LES, ESP |
| | Microangiopatía | LES, ESP |
| Respiratorio | Rigidez de pared torácica | EAA |
| | Fibrosis pulmonar | AR, ESP, EAA |
| | Hipertensión pulmonar | LES, ESP |
| Gastrointestinal | Asociada a colitis ulcerosa | EAA |
| | Secundaria a tratamiento con drogas (esteroides, antiinflamatorios) | AR, LES, EAA, Aps |
| | Enfermedad esofágica / motilidad intestinal alterada | ESP |
| Sistema Nervioso | Compromiso cerebral | LES, Vasculitis |
| | Neuropatía periférica | AR, LES, Vasculitis |
| Mielopatía | Subluxación C1-C2 | AR, EAA |
| | Fractura de columna | EAA |
| Metabólicas / Deficiencias inmunes | Enfermedad generalizada | AR, LES, ESP |
| | Secundaria a tratamiento con drogas | Cualquier mesenquimopatía |
| Depresión | | Cualquier mesenquimopatía, más frecuente en LES |
| Anemia | Supresión de eritropoiesis | AR, LES, ESP, EAA, Aps |
| | Secundaria a AINE | Cualquier mesenquimopatía |

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kelley WN. Textbook, Reconstructive surgery for rheumatic disease: Introduction to surgical management of the patient with arthritis ; chapter 1997; 104:1633-1639. Clement B. Sledge
- Kelley WN. Textbook, Anesthetic Considerations; chapter 105:1640-1645. Nigel E. Sharrock
- Klippel JH, textbook, Principles of management: principles of arthritis surgery; Joseph A Buckwalter, W. Timothy Ballard and Peter Brooks 2000; 3:12,1-12,12.
- Goldstein J, Zuckerman JD. Selected orthopedic problems in the elderly. Rheum Dis Clin North Am. 2000; 26(3):593-616.
- Dedhia HV, DiBartolomeo A. Rheumatoid arthritis, Critical Care Clinics 2002; 18:841-54.
- Janssen NM, Karnad DR, Guntupalli KK. Rheumatologic disease in the intensive care , Critical Care Clinics 2002; 18:729-48.
- Axelrod L. Perioperative management of patients treated with glucocorticoids, Endocrinol Metab Clin North Am 2003; 32:367-383.