



Caso clínico

Paciente con hemofilia tipo A: sometido a drenaje de hematoma intraparenquimatoso: Manejo anestésico.

Patient with hemophilia type A: subjected to drainage of intraparenchymal hematoma: anesthetic management.

¹Cruz-Cruz EF, ¹Peralta-Sánchez C, ²Valdivia-Chiñas H, ¹Martínez-de los Santos CA. ¹Medico Anestesiólogo del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez". CDM. ²Medico Anestesiólogo del Hospital Regional de Pemex Poza Rica, Veracruz, México.

Anestesia en Mexico 2019; 32(2)88-90

erikafabiokacruz@gmail.com

Resumen

Masculino de 57 años de edad con Hemofilia tipo A. Padecimiento actual; Inicia con incoordinación motora, parestesias en brazo y hemicara derechos. Diagnóstico de hemorragia intraparenquimatosa parietal izquierda con volumen de hematoma 12 centímetros cúbicos, edema perilesional comprometiendo el área motora. Glasgow 9, pupilas isocóricas, hiporreactivas, parálisis facial central. Todo paciente hemofílico tiene posibilidad de sangrar de cualquier órgano sistema. El monitoreo es prioritario.

Palabras clave. Hemofilia tipo A, drenaje de hematoma, tratamiento anestésico de hemofilia.

Abstract

A 57 year old male with hemophilia type A as a current condition. Starts with motor incoordination, numbness in the right arm and side. Diagnosis of left parietal intraparenchymatous hemorrhage with volume of hematoma 12 cubic centimeters, edema perilesional engaging the motor area. Glasgow 9, isocoric pupils, hiporreactives, central facial palsy. All hemophiliac patient has

the possibility of bleeding from any organ system. Monitoring is a priority.

Keywords. Hemophilia type A, drainage of hematoma, anesthetic treatment of hemophilia.

Introducción:

La hemofilia es una enfermedad hereditaria recesiva ligada al cromosoma X; el tipo A es la más frecuente y se debe a una deficiencia del factor VIII, con una incidencia de 1:5000. La hemorragia intracerebral espontánea es una presentación rara pero con una frecuencia de 2.2-7.8%, la cual causa rápido deterioro neurológico por efecto de masa que amerita intervención neuroquirúrgica de urgencia con mortalidad del 34%, por alto riesgo y resangrado postoperatorio.

Caso clínico:

Masculino de 57 años de edad con Hemofilia tipo A. Antecedentes Heredofamiliares: madre y cuatro hermanos con hemofilia tipo A. Antecedentes personales patológicos: Endocarditis bacteriana hace seis meses.





Quirúrgicos: recambio valvular mitral y tricuspíde (válvulas biológicas), oclusión de aneurisma coronario derecho, revascularización coronaria, ventana pericárdica de urgencia por pericarditis 15 días posteriores (2016). Manejo con ácido acetilsalicílico 100 mg cada 24 horas suspendida hace ocho días, digoxina 1.25 mg cada 48 h.

Inicia 8 días previos con incoordinación motora, parestesias en brazo y *hemicara* derechos, se realiza tomografía de cráneo la cual presento hemorragia intraparenquimatosa parietal izquierda con volumen de tres centímetros cúbicos, sin ameritar manejo quirúrgico, dos días después con alteración de estado de despierto (*glasgow* 9), hemiparesia derecha y disartria; estudio de control con volumen de hematoma 12 cc, edema *perilesional* comprometiendo el área motora.

Exploración Física:

Talla: 1.78 m peso: 59 kg, Glasgow 9, pupilas isocóricas, hiporreactivas, parálisis facial central derecha, ruidos cardiacos rítmicos con reforzamiento 2° y 3er ruidos, fuerza muscular 5/5 hemicuerpo izquierdo, 0/5 en hemicuerpo derecho (síndrome piramidal denso, completo, proporcionado izquierdo). Laboratorios: *hemoglobina* 9, *hematócrito* 29.2, plaquetas 490 000, tiempo de protrombina 13, INR 1.1, tiempo de *tromboplastina* 44.2, fibrinógeno 3.82 g/dL, Factor VIII 89%, agregometría plaquetaria: normal, Ecocardiograma: fracción de eyección de ventrículo izquierdo 47%, electrocardiograma: onda p negativa en V1-V2, S profundas v3-v4 y R alta en v6.

Manejo anestésico:

Bajo monitoreo tipo II (previa colocación de línea arterial) se realiza inducción (midazolam, fentanil y rocuronio) e intubación oro-traqueal; se coloca catéter venoso central subclavio derecho *ecoguiado*, se mantiene paciente en urgencias con ventilación mecánica y sedoanalgesia midazolam 0.05 µg/mL y *fentanilo* 0.002 µg/mL; se inicia administración de factor VIII 2500 UI en infusión para 30 minutos previo a cirugía. Mantenimiento: bloqueo de escalpe (bupivacaína 5%), sevoflurano 0.5 CAM, *fentanilo* TCI (Marsh) 3 ng/mL; *dobutamina* 5 µg/kg/minuto, sangrado transoperatorio 2000 mL, se transfunden cinco concentrados *eritrocitarios* y tres plasmas frescos congelados; última hemoglobina 10 g/dL. Al término de craniectomía descompresiva con drenaje de hematoma intraparenquimatoso frontoparietotemporal izquierdo, pasa orotubado, FOUR 4, RASS-4, hemodinamicamente estable sin inotrópico.

Discusión

Los pacientes hemofílicos son estratificados según el riesgo de sangrado: a) Severo: < 1% factor (< 0.01 UI/mL): Sangrado espontáneo en articulaciones y músculo. b) Moderado: 1 a 5% (0.01-0.05 UI/mL) Sangrado espontáneo ocasional. c) Leve: 5 a 40% (0.05-0.4 UI/mL). Sangrado severo por trauma mayor o cirugía.

Durante el manejo intraoperatorio se recomienda la vigilancia con *tromboelastograma*. Reposición de Factor VIII: su nivel plasmático aumenta 2% por cada unidad/kg infundido, la vida media: 8-12 horas, cálculo del porcentaje de factor que le falta al paciente para reponerlo: $\text{Peso (kg)} \times (\% \text{ de factor deseado}) \times 0.5 = \text{No. Unidades requeridas}$; si el paciente ingresa a sala con





60% de factor por ejemplo, por regla de tres se calcula la dosis faltante para completar el valor deseado.

Alternativas de tratamiento: *Crioprecipitado*, *Plasma fresco congelado* y *Desmopresina*.

Referencias

1. Hegde A, et al. Spontaneous intracerebral hemorrhage in hemophiliacs. A treatment dilemma. *International Journal of Surgery Case Reports*, 2016; 17–19
2. Sagnier S, et al. Intracranial hemorrhage in three haemophilic adults: A severe

complication of hemophilia. *Revue neurologique*, 2015,171(4):367-372.

3. García-Chávez J, et al. Actualización en hemofilia, *Gaceta Médica de México*. 2013;149
4. Caicedo M, et al. Manejo perioperatorio del paciente hemofílico. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2009; 32:177-185.

