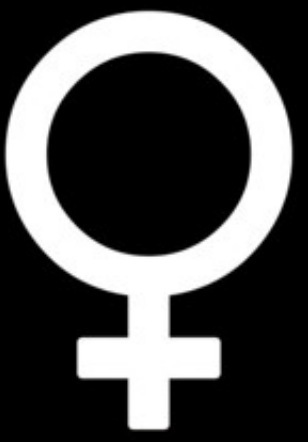


AUTORES: ¹Suárez Pérez, Moisés; ²Garreta Catalá, Iago; ³Jaldin Alvarez, Luis; ⁴González Cañas, Luis; ⁵Font Vila, Frederic; ⁶Colomina Soler, Maria J. **CENTROS DE TRABAJO:** ¹Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ²Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ³Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España.

AUTORES: ¹Suárez Pérez, Moisés; ²Garreta Catalá, Iago; ³Jaldin Alvarez, Luis; ⁴González Cañas, Luis; ⁵Font Vila, Frederic; ⁶Colomina Soler, Maria J. **CENTROS DE TRABAJO:** ¹Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ²Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ³Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁴Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁵Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España; ⁶Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat, España.

ANTECEDENTES MEDICOS

74 años



- ☐ No alergias medicamentosas conocidas.
- ☐ Tabaquismo. 2 cigarrillos al día.
- ☐ Hipertensión arterial.
- ☐ Diabetes mellitus tipo II.
- ☐ Dislipemia.
- ☐ EPOC.
- ☐ Insuficiencia mitral leve, insuficiencia aórtica leve. **Estenosis carótidas**
- ☐ **Antecedentes Neurológicos:**
 - ☐ AIT de repetición.
 - ☐ Crisis comicial en 2017 → intubación orotraqueal con evolución, rápida extubación.
 - ☐ Crisis vertiginosas secundarias a hipomagnesemia.
- ☐ Anemia normocítica normocrómica
- ☐ Hernia hiatal
- ☐ **Lumbalgia mecánica secundaria a Fracturas vertebrales L3 crónicas.**

- ☐ Faquectomía bilateral.
- ☐ Endoscopia digestiva.
- ☐ Vertebroplastia 06/03/2018

SOCIO-FUNCIONAL

- ☐ Independiente para las actividades básicas de la vida diaria.
- ☐ Vive sola. Barthel 100. Pfeiffer 0 errores.

**Amlodipino, bromuro de acilidinio,
formoterol/beclometasona,
hidroclorotiazida, ranitidina,
metformina, atorvastatina,
enalapril, tramadol, gabapentina,
paracetamol, ácido alendronico,
sulpirida, potasio, calcio +
vitamina D,
CLOPIDOGREL 75MG:
-Inicio 2017
-No otros
anticoagulantes/antiagregantes
-Controles con buena función
hemostática(TPA:1.02, INR: 1.02, TTPA:0.84)**

Dolor dorsolumbar de larga evolución, fracturas vertebrales de L1 a L3 ya conocidas→
EMPEORAMIENTO DE LA CLINICA HABITUAL→
Derivan a unidad de Raquis.

VERTEBROPLASTIA T12

Tras la vertebroplastia,
presenta buena evolución
clínica inicial, pero a los 2
meses...

**NO CLINICA
NEUROLOGICA**

**NO CLINICA
NEUROLOGICA**

RMN: Fractura
aplastamiento T12

FRACASO

Tras el fracaso de la vertebroplastia se propone nueva intervención quirúrgica

Corpectomía T12 tras costotransversectomía Derecha e implantación cilindro malla rellena de hueso autólogo
+

Estabilización mediante instrumentación pedicular T9-T10-T11-L1-L2-L3 cementados.

- ❖ **STOP Clopidogrel 7 días antes.**
- ❖ Neuromonitorización intraoperatoria.
 - ❖ Duración 7 horas.
- ❖ Colocación de un drenaje subfascial.
 - ❖ Extubación en quirófano.
- ❖ Postoperatorio inmediato en unidad de vigilancia intensiva.
 - ❖ **Medias de compresión neumática intermitente durante la intervención y 12 primeras horas tras el fin de la cirugía.**
 - ❖ No precisa transfusión sanguínea.

Tras la Intervención iniciamos **PROFILAXIS DE ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA VENOSA** con Enoxaparina 40mg/24h subcutánea (*Primera dosis a las 28h post IQ*)

- ❖ Enoxaparina cada 24h
- ❖ A las 24 horas inicia dieta oral y medicación habitual.
- ❖ Controles analíticos correctos (12h/24h/72h)
- ❖ Retirada de drenaje al 3º día (300cc en total)

Presenta buena evolución inicial, iniciando deambulaci3n con caminador al 5º día, pero el 7º día a las 2:00 a.m. avisan a la guardia por:

PARALISIS BRUSCA DE EXTREMIADAS INFERIORES Y NIVEL SENSITIVO EN T12

Intervención quirúrgica urgente que se realiza en menos de 8 horas, se halla impregnado por un hematoma organizado epidural .

ULTIMA DOSIS DE ENOXAPARINA
A LAS 22:00H

RMN URGENTE

Extensa colección fluida en lecho quirúrgico de T1 que disminuye el calibre del canal raquídeo.

1- Mosenthal, William P. Landy, David C. Boyajian, Haroutioun H. Idowu, Olumuyiwa A. Shi, Lewis L. Ramos, Edwin Lee, Michael J..
THROMBOPROPHYLAXIS IN SPINAL SURGERY
2- Oliveira, Leonardo, Marchi, Luis, Pimenta, Luiz ATUALIZAÇÃO EM TROMBOFILIA EM CIRURGIAS ELETIVAS DA COLUNA VERTEBRAL.
REVISTA SISTEMÁTICA

¿Qué dice la literatura más reciente? Hemos de valorar

Riesgo Trombótico

Riesgo Sangrado

RESULTADOS

1-Se considera que la cirugía de Columna vertebral es de bajo riesgo trombótico. Muchas de las nuevas guías de tromboprofilaxis abogan como método primario de TP peroperatorio el mecánico, medias de compresión neumática intermitente.

2-La guía clínica de la Sociedad Norteamericana de Columna recomienda el **uso de medidas mecánicas**, especialmente indicadas en pacientes que tanto por las características de la cirugía como por la patología de base tengan **alto riesgo de sangrado**.

3-Sin embargo aquellos pacientes con **alto riesgo trombótico**, seguirán beneficiándose más de **medidas químicas** pues las consecuencias de los tromboembolismos pulmonares serán más probables y con iguales o peores consecuencias que las del hematoma epidural

4-En los pacientes que sean considerados como de **muy alto riesgo de ETV**, se podrá utilizar la **doble TP**: CNI y fármacos anticoagulantes.

CONCLUSION

Excepto en pacientes con alto riesgo trombótico, las **medias de compresión neumática intermitente** parecen ser la mejor profilaxis tromboembólica en pacientes intervenidos de cirugía del raquis.

Thromboembolic Disease in Spinal Surgery

A Systematic Review

Michael P. Grotzbecker, MD,* Christopher M. Bono, MD,† Kirkham B. W. and Mitchell B. Harris, MD†

Indicaciones para la trombotoprofilaxis en cirugía de columna en paciente con insuficiencia renal crónica
Dra. María José Colomina
Servicio Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitari Bellvitge
Barcelona, octubre 2018

REVISIÓN

tromboprolifaxis en el paciente politraumatizado y con traumatismo craneoencefálico

M. J. Colomina¹, L. Mora², E. Clércoles²

Anticoagulation Risk in Spine Surgery

Joseph S. Cheng, MD,* Paul M. Arnold, MD,† Paul A. Anderson, MD,‡
Dena Fischer, DDS, MSD, MS,§¶ and Joseph R. Dettori, MPH, PhD§¶