

## Réplica



## Reply

Sr. Editor:

Le agradecemos los comentarios del profesor Daniel Volquind<sup>1</sup> y su interés en nuestro trabajo<sup>2</sup>. Aclaramos a continuación las dudas suscitadas. Usamos la técnica de la ventilación espontánea, mantenida durante la intervención con oxigenación por medio de mascarilla facial y modulación de la sedación. Para pacientes candidatos apropiados, la ventilación espontánea con sedación con propofol, remifentanilo y un bloqueo del cuero cabelludo es una opción atractiva<sup>3-7</sup>. Ese protocolo ha venido siendo usado en nuestro hospital sin complicaciones y aparece en varios informes en la literatura médica<sup>4-7</sup>. Finalmente, las características físicas del paciente (joven, ASA 1) permitieron el uso de las dosis propuestas en este relato sin compromiso ventilatorio. Cuando existe una indicación quirúrgica el equipo de neurocirugía se enfrenta a un dilema: resección amplia de la lesión y también aumento del riesgo de compromiso funcional, que puede perjudicar seriamente la calidad de vida del paciente. En lo que se refiere a las regiones motoras, el mapeo de la región cortical es importante para delimitar el abordaje quirúrgico<sup>3,8</sup>. En nuestro paciente, el mapeo cortical fue hecho por medio de electroestimulación. El mapeo y la participación «activa» del paciente nos permitieron observar posibles alteraciones motoras y verbales y delimitar la exéresis quirúrgica.

Concordamos con el profesor Volquind en que los fármacos anestésicos generan una gran interferencia en determinadas monitorizaciones. Sin embargo, en nuestro conocimiento, no existe el fármaco ideal para anestesia en cirugía con paciente despierto. La escala de Ramsay es ampliamente usada y sencilla de aplicar<sup>9</sup>. Se basa en 6 estadios. En el estadio 2 el paciente está cooperativo, orientado, tranquilo; y en el 3, somnoliento pero respondiendo a las órdenes. Mantenemos el paciente en el estadio 3 después de inmovilizar la cabeza se ajustó con un fijador de Mayfield y en el abordaje del cuero cabelludo. En el resto del procedimiento, el paciente se mantiene en el estadio 2 y permanece orientado y cooperativo cuando se le solicita.

Nos gustaría resaltar que la técnica descrita en nuestro relato de caso es viable y segura, pero depende de la habilidad del anestesta para la titulación farmacológica, como también de su sensibilidad para mantener un estrecho contacto psicoemocional con el paciente durante toda la operación.

## Bibliografía

1. Volquind D. Comentário a: Anestesia para craniotomia em paciente acordado: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2014;64:374.
2. Bolzani ND, Junqueira DOP, Ferrari PAF, et al. Anestesia para craniotomia em paciente acordado: relato de caso. *Rev Bras Anesthesiol.* 2013;63:500-3.
3. Amorim RL, Almeida AN, Aguiar PH, et al. Cortical stimulation of language fields under local anesthesia: optimizing removal of brain lesions adjacent to speech areas. *Arq Neuropsiquiatr.* 2008;66:534-8.
4. Hans P, Bonhomme V, Born JD, et al. Target-controlled infusion of propofol and remifentanil combined with bispectral index monitoring for awake craniotomy. *Anaesthesia.* 2000;55:255-9.
5. Johnson KB, Egan TD. Remifentanil and propofol combination for awake craniotomy: case report with pharmacokinetic simulations. *J Neurosurg Anesthesiol.* 1998;10:25-9.
6. Sung B, Kim HS, Park JW, et al. Anesthetic management with scalp nerve block and propofol/remifentanil infusion during awake craniotomy in an adolescent patient - A case report. *Korean J Anesthesiol.* 2010;59:5179-82.
7. Wolff DL, Naruse R, Gold M. Nonopioid anesthesia for awake craniotomy: a case report. *AANA J.* 2010;78:29-32.
8. Maertens DN, Born JD, Hans P, et al. Intraoperative localization of the primary motor cortex using single electrical stimuli. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1996;60:442-4.
9. Ramsay MA, Savege TM, Simpson BR, et al. Controlled sedation with alphaxalone-alphadolone. *Br Med J.* 1974;22:656-9.

Edmundo Pereira de Souza Neto

*Hôpital Neurologique Pierre Wertheimer, Lyon, Francia*  
 Correo electrónico: [edmundo.pereira\\_de\\_souza@hotmail.fr](mailto:edmundo.pereira_de_souza@hotmail.fr)

Disponibile en Internet el 30 de julio de 2014

<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjan.2014.05.001>