

CARTAS AL DIRECTOR

Metilprednisolona y posición Trendelenburg en el tratamiento del disbarismo aeroembólico

Sr. Director: En el período de tiempo transcurrido desde la presentación de los manuscritos correspondientes a mi revisión sobre accidentes de buceo¹⁻³, se han producido algunas novedades remarcables. La importancia, y sobre todo el valor práctico de dos de ellas, justifican las siguientes matizaciones. La publicación del segundo Estudio Nacional Multicéntrico sobre Traumatismos Espinales Agudos (NASCIS-2), realizado en los Estados Unidos⁴, parece establecer de forma contundente que dosis muy elevadas de metilprednisolona son eficaces si se aplican dentro de las primeras 8 horas después de la lesión medular aguda. No existe ningún estudio adicional en relación al disbarismo descompresivo, pero la similitud clínica de ambos trastornos¹ tal vez permita extrapolar los resultados. La pauta utilizada en el NASCIS-2 consiste en una megadosis inicial de 30 mg/kg, administrada en 15 minutos, seguida tras 45 minutos de pausa, de un goteo de 5.4 mg/kg/hora durante las 23 horas siguientes, lo que para un adulto supone una dosis total superior a los 8 gramos de metilprednisolona. Mi afirmación de que los esteroides no tienen un efecto conocido en el disbarismo y de que su eficacia

es cuando menos dudosa³, debe mantenerse por lo que hace referencia a las bajas dosis utilizadas con mayor frecuencia en la práctica clínica.

Algunas observaciones sugieren que la posición de Trendelenburg protege al cerebro en caso de embolismo gaseoso. Esta actitud ha sido a menudo enfatizada en exceso por algunos cirujanos vasculares, sin duda debido a la falta de otros procedimientos eficaces en ausencia de una cámara hiperbárica. En el entorno de los Centros de Medicina Subacuática, donde la experiencia en embolismo gaseoso es mayor², esta medida ha sido admitida con cautela poniendo en duda su eficacia real. La posición del paciente puede condicionar el trayecto de los émbolos gaseosos en el momento de su liberación, pero no es probable que tenga ningún efecto en las horas subsiguientes. En un estudio experimental reciente^{5,6} se ha comparado la evolución de dos grupos de perros en los que se provocó embolismo gaseoso cerebral. El tratamiento hiperbárico se demoró en ambos casos una hora, pero los animales de un grupo fueron mantenidos en posición Trendelenburg. En éstos se objetivó, al final del tratamiento, edema cerebral, aumento de presión intracraneal, déficit de perfusión, trastorno de permeabilidad hematoencefálica y deterioro funcional valorado mediante potenciales evocados corticales somatosensoriales.

Si bien hasta ahora dudábamos de que fuera útil mantener a los accidentados disbáricos en posición Trendelenburg durante el traslado³, en la actualidad debemos desaconsejarlo con rotundidad.

J. Desola Alà

C.R.I.S. Departamento Médico. Unidad de Terapéutica Hiperbárica. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona

1. Desola Alà J. Accidentes de buceo (1). Enfermedad descompresiva. Med Clin (Barc) 1990; 95: 147-156.
2. Desola Alà J. Accidentes de buceo (2). Barotrauma respiratorio: síndrome de sobrepresión pulmonar. Med Clin (Barc) 1990; 95: 183-190.
3. Desola Alà J. Accidentes de buceo (3). Tratamiento de los trastornos disbáricos embolígenos. Med Clin (Barc) 1990; 95: 265-275.
4. Bracken MB, Shepard MJ, Collins WF et al. A randomized, controlled trial of methylprednisolone or naloxone in the treatment of acute spinal-cord injury. N Engl J Med 1990; 322: 1.405-1.411.
5. Dutka AJ, Polychronidis J, Mink RB, Hallenbeck JM. Head-down position after air embolism impairs recovery of brain function as measured by the somatosensory evoked response in canines. Amsterdam: Joint Meeting on Diving and Hyperbaric Medicine, agosto 1990.
6. Polychronidis J, Dutka AJ, Mink RB, Hallenbeck JM. Head-down position after air embolism: effects on intracranial pressure, pressure volume index and blood-brain barrier. Amsterdam: Joint Meeting on Diving and Hyperbaric Medicine, agosto 1990.

