



P-155 - TAPONAMIENTO CARDIACO COMO COMPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA HERNIA PARAESOFÁGICA

Rodríguez Padilla, Ángela; Beltrán Miranda, Pablo; Morales Martín, Germán; Delgado Morales, Mariela; González Benjumea, Paz; García del Pino, Beatriz; Martínez Mojarro, Rocío; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La funduplicatura es el tratamiento de elección del reflujo gastroesofágico asociado a hernia de hiato. En pacientes que presentan recidiva, cierre hiatal precario, debilidad de los pilares diafragmáticos o gran hernia paraesofágica está indicado la colocación de una malla para reducir la tensión y reforzar la musculatura. Las complicaciones asociadas a esta técnica más frecuente son la fibrosis y estenosis secundaria, sin embargo, existen algunas infrecuentes pero potencialmente mortales como el taponamiento cardiaco.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 68 años colecistectomizada e intervenida hacía 40 años de hidatidosis hepática. Diagnosticada de reflujo gastroesofágico grave asociado a hernia de hiato es remitida para intervención quirúrgica programada. Ante la imposibilidad de abordaje laparoscópico se realiza laparotomía supraumbilical, adhesiolisis, reducción del saco, funduplicatura tipo Nissen y cardioplastia con malla de titanio. Dada la debilidad de los pilares diafragmáticos se fija la malla al diafragma mediante tackers. La paciente es extubada sin complicaciones y pasa a la sala de reanimación. A los 30 minutos de finalizar la cirugía presenta un episodio brusco de hipotensión con buena respuesta a reposición de volumen y acidosis metabólica en gasometría venosa. Se realiza ecografía de abdomen descartándose complicación intraabdominal. Trasladada a UCI tras nuevo episodio de hipotensión, y bradicardia extrema, presenta parada cardiorrespiratoria con respuesta a las maniobras RCP, intubación y ventilación mecánica, volviendo a ritmo sinusal. Ante el cuadro de hipotensión y taquicardia no refractaria a tratamiento, se realiza ecocardiografía donde se objetiva derrame pericárdico, con grosor máximo de 14 mm en punta cardiaca y colapso del ventrículo derecho en diástole. Se realizó pericardiocentesis con salida de 500 cc y reposición agresiva de volumen con estabilización hemodinámica de la paciente y colocación de drenaje pericárdico. La paciente evolucionó favorablemente salvo aparición de fibrilación auricular, con retirada del drenaje a las 48 horas y alta a los 10 días de la intervención.

Discusión: El taponamiento cardiaco es una complicación muy infrecuente y potencialmente fatal en la cirugía del hiato. El drenaje pericárdico o incluso la toracotomía con ventana pericárdica son el tratamiento de elección. Una alta sospecha de este cuadro en un paciente con hipotensión y taquicardia refractaria al tratamiento tras la realización de cardioplastia puede condicionar un tratamiento precoz condicionando un aumento en la supervivencia.