



P-328 - PARADA CARDIORRESPIRATORIA POR EMBOLISMO GASEOSO DURANTE INSUFLACIÓN DE NEUMOPERITONEO CON AGUJA DE VERESS

Pérez-Corrales García, Beatriz; González Estrada, Sergio; Antuña Villa, Sandra; Mateos Palacios, Carlos; Rodríguez García, Rubén; Carrocera Cabal, Amparo; Fernández Fernández, José Carlos

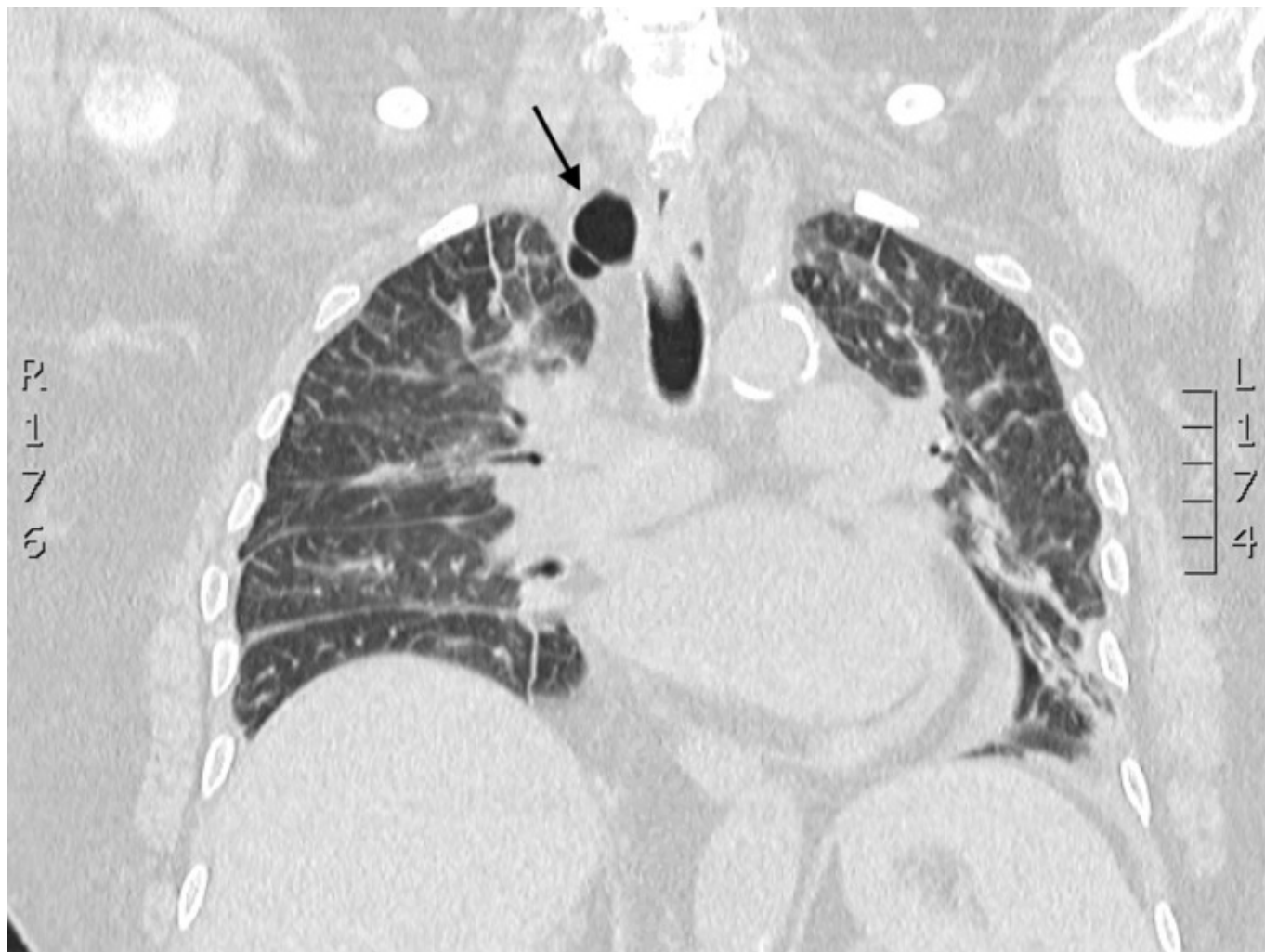
Hospital de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Introducción: Los embolismos gaseosos con repercusión clínica durante las intervenciones laparoscópicas o robóticas son muy infrecuentes. Se presenta a continuación un caso de embolismo gaseoso con parada cardiorrespiratoria (PCR) durante la insuflación con aguja de Veress. El CO₂ es el gas más utilizado en los abordajes laparoscópicos. Existen múltiples mecanismos y técnicas para insuflación de dicho gas (aguja de Veress, trocar de Hasson...) En la literatura se recoge una cantidad necesaria de 600-1.700 mL para que se produzca el cuadro clínico. Diversos estudios recogen elevada frecuencia de pequeños embolismos gaseosos sobre todo en cirugía ginecológica y cirugía biliar, siendo la gran mayoría asintomáticos. El embolismo puede ocurrir al inicio de la intervención p. ej: aguja de Veress en vaso sanguíneo u órgano sólido (hígado). También puede ocurrir durante la disección de vasos venosos o al final de la intervención, siendo esta última poco habitual y su mecanismo no del todo conocido. La presentación clínica depende del volumen, velocidad y presión de insuflación. Observaremos una caída del EtCO₂ y saturación de O₂ junto con aumento de la presión venosa central, arritmias, inestabilidad hemodinámica e incluso PCR. A nivel respiratorio se presentará tos, disnea, insuficiencia respiratoria (si paciente despierto), broncoespasmos y sibilancias. Pueden ocurrir manifestaciones neurológicas repentinas (focalidad, cefalea, crisis epilépticas...). Hay que tener precaución ya que un 20% de pacientes presentan foramen oval permeable, lo cual podría producir isquemia cerebral o miocárdica con el paso de los émbolos a circulación sistémica.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 83 años, obesa, hipertensa, dislipémica, fibrilación auricular (FA), insuficiencia renal G3bA1, hernia de hiato y esófago de Barrett. No cirugías previas. Programada para amputación de recto robótica por neoplasia de recto inferior. Se realiza anestesia general con propofol, rocuronio y lidocaína, sin incidencias. Se mantiene en FA controlada a 72-75 lpm. Saturación basal 97%. Tensión arterial 160/80. Durante la realización de neumoperitoneo con aguja de Veress en hipocondrio izquierdo, se produce hipotensión e hipocapnia no reversible que lleva a la paciente a una PCR. Se inicia reanimación cardiopulmonar y fluidoterapia, pautándose 1 mg de adrenalina con salida en taquicardia ventricular a 140 latidos/minuto. Se inicia perfusión de amiodarona y se aplica choque eléctrico sincronizado. La paciente vuelve a su FA basal. Se inicia oxigenoterapia al 100%, se realiza ecocardiograma en el que no se observan burbujas de gas, pero sí dilatación de cavidades derechas. Con la sospecha de un embolismo gaseoso, se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo + Trendelenburg (posición

de Durant) y se aspira sangre venosa por vía central obteniendo 2-3 burbujas. Se solicita TC urgente, que confirma la presencia de gas en sistema venoso. Se suspende la intervención y la paciente es sometida a vigilancia intensiva con buena evolución. Finalmente es reintervenida por vía abierta 2 semanas después sin incidencias.



Discusión: Los abordajes mínimamente invasivos son la norma hoy en día en nuestra especialidad y debemos formarnos para prevenir, saber reconocer y ser capaces de tratar las posibles complicaciones asociadas a los mismos.