



**Figura 2 - Reconstrucción vascular poscirugía mediante TAC.**

con heparina de bajo peso. Las posibles complicaciones de la técnica serían trombosis de la anastomosis, en general por

doi:10.1016/j.ciresp.2009.06.010

defecto técnico, o pseudoaneurisma, también por defecto técnico.

Como conclusión, creemos que en la compresión vascular del duodeno el implante de la AMS en la aorta infrarenal debe ser considerado como alternativa terapéutica.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Ylinen P, Kinnunen J, Höckerstedt K. Superior mesenteric artery syndrome. A follow-up study of 16 operated patients. *J Clin Gastroenterol.* 1989;11:386-91.
2. Komai H, Naito Y, Fujiwara K. Superior mesenteric artery syndrome as a result of enlarged abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg.* 1999;29:1162-3.
3. Gersin KS, Heniford DT. Laparoscopic duodenojejunostomy for treatment of superior mesenteric artery syndrome. *JLS.* 1998;2:281-4.
4. Lippl F, Hannig C, Weiss W, Allescher HD, Classen M, Kurjak M. Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and treatment from the gastroenterologist's view. *J Gastroenterol.* 2002;37:640-3.
5. Aslam MI, Finch JG. Prolonged gastroparesis after corrective for Wilkie's syndrome: A case report. *J Med Case Reports.* 2008;2:109.
6. Pourhassan S, Grotemeyer D, Fürst G, Rudolph J, Sandmann W. Infrarenal transposition of the superior mesenteric artery: A new approach in the surgical therapy for Wilkie syndrome. *J Vasc Surg.* 2008;47:201-4.

Javier Sánchez Abuin\*, Juan Carlos Fernández Fernández, Víctor Rodríguez Sáenz de Buruaga y José María Egaña Barrenechea

*Cirugía Vascular, Hospital Donostia, Donostia-San Sebastián, Guipúzcoa, España*

\*Autor para correspondencia.

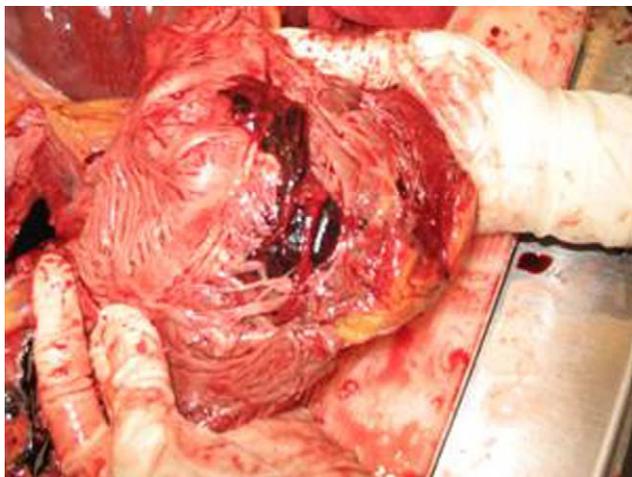
Correo electrónico: [sanchezabuin@chdo.osakidetza.net](mailto:sanchezabuin@chdo.osakidetza.net) (J. Sánchez Abuin).

## Tromboembolia pulmonar masiva y fulminante tras retirada de catéter central

### Massive and fulminant pulmonary embolism after central catheter removal

El uso de catéteres venosos centrales (CVC) es muy frecuente en nuestra práctica clínica. La asociación entre éstos y las complicaciones trombóticas son bien conocidas (ocurren en el 2 al 26% de los pacientes<sup>1</sup>). Sin embargo, la aparición de tromboembolia pulmonar masiva de forma súbita con muerte fulminante tras la retirada de un catéter central es algo

excepcional. Presentamos el caso de un varón de 69 años con antecedentes personales de alergia a la penicilina, hipertensión, asma, obstrucción crónica al flujo aéreo (OCFA) en tratamiento con broncodilatadores y síndrome ansioso-depresivo. Se le practicó una colecistectomía abierta de forma urgente, por colecistitis aguda gangrenosa y purulenta



**Figura 1 – Material tromboembólico en la cámara ventricular derecha, adherido a la válvula tricúspide.**

asociada a signos de sepsis (hipotensión insensible al aporte de volumen, descompensación de su OCFA, insuficiencia renal y coagulopatía de consumo). El paciente fue remitido a la UCI, de la que fue dado de alta a la planta de cirugía el séptimo día postoperatorio con los diagnósticos de colecistitis aguda, shock séptico y asma grave. La evolución en planta fue satisfactoria, con buena tolerancia a la dieta oral y buen control del cuadro infeccioso. En el noveno día postoperatorio, el paciente se encontraba con buen estado general, afebril, con exploración abdominal anodina y con todas las constantes vitales normales. Se decidió retirar la vía central y continuar la antibioterapia por vía periférica. Tras la retirada del CVC (situado en la aurícula derecha desde la vena subclavia derecha), el paciente, de forma repentina, presentó un cuadro de cianosis de la parte superior del tórax y de la cabeza, y una súbita parada cardiorrespiratoria. Tras las maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada durante 30 min, en las que se observaron distintos ritmos cardíacos (asistolia, fibrilación ventricular y taquicardia supraventricular), no se consiguió pulso en ningún momento; tampoco mejoró la cianosis tras la intubación orotraqueal y la ventilación con ambú. El resultado de la necropsia fue de tromboembolia pulmonar con presencia de material tromboembólico en el tronco pulmonar, en las arterias pulmonares derecha e izquierda y en la cámara ventricular derecha, adherido a la válvula tricúspide (fig. 1); en el estudio histológico se verificaron asimismo trombos fibrinosos recientes en

pequeñas ramas pulmonares intraparenquimatosas, varios focos de infarto pulmonar reciente a nivel del lóbulo superior derecho (segmento anterior) y en el lóbulo inferior izquierdo (en segmentos anterior y posteroexterno). El paciente no presentaba signos de trombosis venosa profunda (TVP) en las extremidades (las embolias pulmonares ocurren en un 15–36% de los pacientes con TVP sintomática asociada a catéter<sup>2</sup>) y se le había aplicado profilaxis antitrombótica. La retirada de CVC se ha relacionado con embolia gaseosa pulmonar<sup>3</sup>. Las tromboembolias pulmonares son comunes en pacientes portadores de vías centrales de más de 3 meses; su uso para hemodiálisis, quimioterapia y nutrición parenteral también se consideran factores de riesgo. En este caso no se daba ninguno de dichos factores. Para prevenirlos, algunos autores aconsejan mantener la profilaxis tromboembólica desde el primer día postoperatorio hasta el segundo día después de retirar el CVC<sup>4</sup>, otros recomiendan en pacientes de alto riesgo, una ecografía dúplex venosa antes de colocar las vías y al retirarlas<sup>1</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Suzuki S, Sanui M. A case of paradoxical cerebral thromboembolism after removal of a central venous catheter. *Can J Anaesth.* 2007;54:326–7.
2. Kirkpatrick A, Rathbun S, Whitsett T, Raskob G. Prevention of central venous catheter-associated thrombosis: a meta-analysis. *Am J Med.* 2007;129:901–10.
3. Deceuninck O, De Roy L, Moruzi S, Blommaert D. Massive air embolism after central venous catheter removal. *Circulation.* 2007;116:e516–8.
4. Lorusso R, Gelsomino S, De Cicco G. Acute pulmonary embolism after removal of central venous catheter. *Int J Cardiol.* 2008;129:e64–5.

Fernando Alcaide Matas<sup>a,\*</sup>, M. Mar Del Barrio Molina<sup>b</sup>,  
Ildefonso Campano Cruz<sup>a</sup>, Hernán Giordano<sup>a</sup> y  
Francesc García Olives<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Mateu Orfila, Menorca, Baleares, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Mateu Orfila, Menorca, Baleares, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alcaidemf@yahoo.com  
(F. Alcaide Matas).