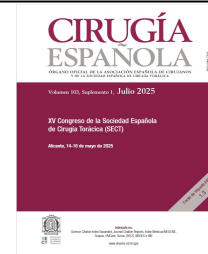




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-11 - CONTROL VASCULAR DE ROTURA DE VENA CAVA TRAS RETIRADA DE MARCAPASOS

Laura Maté Miguel, Sandra Liliana Pardo Prieto, Ramón Vicente Verdú, Pablo Pazos Lama, María Elena Corpa Rodríguez, Baltasar Liebert Álvarez, Cristina Cavestany García-Matres, Esther María Martín Capón, Cruz Andrea Lora Ibarra y José Luis Gil Alonso

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La implantación de marcapasos es un procedimiento mínimamente invasivo que se realiza con frecuencia en pacientes con patología cardíaca, sin embargo, su colocación no está exenta de complicaciones. La lesión iatrogénica de las estructuras venosas puede darse durante su inserción. La perforación o rotura de la vena cava superior (VCS) es una complicación poco frecuente, pero con alta mortalidad. La presencia de hemotórax o taponamiento pericárdico nos orienta en su diagnóstico. El empleo de ecografía transtorácica o transesofágica en el quirófano nos ayuda a su confirmación. El principal objetivo es la corrección de la lesión vascular, no obstante, el abordaje empleado dependerá de la clínica del paciente. Presentamos un caso de control vascular por rotura de VCS tras el recambio de marcapasos, donde detallamos nuestro abordaje y técnica quirúrgica empleados para su reparación.

Caso clínico: Mujer de 73 años pluripatológica, portadora de marcapasos y anticoagulada. Ingresa para explante de marcapasos endocavitario y recambio de este, durante la extracción sufre hipotensión brusca. Se realiza un ecocardiograma transesofágico, evidenciando un hemotórax masivo derecho. Ante estos hallazgos, se coloca un drenaje torácico, comprobando hemotórax. Debido a la inestabilidad de la paciente, se decide la realización de una toracotomía anterolateral derecha emergente, con un puerto accesorio para el empleo de una óptica para control de daños y localización de la lesión. Se realiza control dactilar del punto de sangrado localizado en la VCS. Tras limpieza de la cavidad se coloca un *clamp* vascular, y posteriormente se procede a la sutura vascular con polipropileno de 3/0 con dos agujas, reforzado con parche de pericardio bovino. Tras una adecuada revisión de la cavidad, se administran varios sellantes hemostáticos compuestos por fibrinógeno, gelatina y trombina. Se colocan dos drenajes torácicos bajo visión directa y se procede al cierre por planos de la toracotomía. La paciente presentó una adecuada evolución, permitiendo la retirada de uno de los drenajes al 3.º y otro al 4.º día posoperatorios, siendo dada de alta de la Unidad de Reanimación al 5.º día. En las radiografías de tórax de control, se visualiza la elevación del hemidiafragma derecho. Finalmente, es dada de alta al 17.º día posoperatorio.

Discusión: La colocación de marcapasos es una técnica sencilla, segura y con bajo índice de complicaciones, pero cuando estas aparecen, presentan elevada morbilidad. Por ello consideramos que es fundamental individualizar el manejo de los pacientes con rotura de la VCS. Se ha demostrado que en aquellos pacientes estables y sin taponamiento pericárdico, el empleo de la VATS es una alternativa a la toracotomía, ya que permite una visualización directa con control y reparación del punto de sangrado con buenos resultados. A pesar de que hay un caso descrito en la literatura, nuestra experiencia sugiere que el empleo combinado de toracotomía junto con la óptica en pacientes inestables es una opción a tener en cuenta, ya que facilita la

visualización, localización y la reparación inmediata de la lesión, disminuyendo la morbilidad, además de permitir la grabación con fines docentes.