



## 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, trócar 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.