



P-696 - SHOCK HEMORRÁGICO ABDOMINAL SECUNDARIO A REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR PROLONGADA Y FIBRINOLISIS EN CONTEXTO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

García Gómez, Begoña; Merlo Moreno, David; Rufián Andújar, Blanca; Ávila García, Natalia Soledad; Montes Osuna, María Carmen; Granados García, José; Plata Rosales, José

Hospital Infanta Margarita, Cabra.

Resumen

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) presenta una incidencia de 200.000 muertes/año en EE. UU. A pesar de que hasta el 41% de los TEP masivos se asocian a parada cardiaca, la trombolisis en asociación con la reanimación cardiopulmonar (RCP) se ha mantenido como un tema de constante debate. Si bien existe consenso sobre el beneficio de la terapia trombolítica en el manejo del TEP masivo, las complicaciones hemorrágicas graves atribuibles a la misma han restringido su uso en determinados subgrupos, considerándose en varias guías de tratamiento la RCP prolongada como una contraindicación relativa para la trombolisis. Metanálisis recientes han publicado la falta de significación estadística en tal aseveración, prevaleciendo el potencial beneficio de su aplicación en dichos pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 23 años de edad con antecedentes de obesidad mórbida, infección reciente por SARS-CoV-2 y tratamiento con anticonceptivos orales que consulta en el Servicio de Urgencias de nuestro centro por disnea progresiva, dolor torácico y síncope de repetición. Durante su estancia en box de Urgencias experimenta parada cardiorrespiratoria precisando IOT y reanimación avanzada durante 45 minutos con recuperación transitoria de pulso durante las mismas. Ante sospecha elevada de TEP, reforzada por hallazgos electrocardiográficos, se decide administración de terapia trombolítica con Tecneplase 10,000UI consiguiendo recuperación de circulación espontánea.

Resultados: Tras estabilización, se realizaron pruebas radiológicas urgentes: TC cráneo que descartó sangrado intracraneal, angioTC arterias pulmonares con evidencia de trombosis pulmonar distal y líquido libre intraabdominal, por lo que se completó estudio con TC abdominal confirmando la presencia de líquido libre de localización perihepática, periesplénica, entre asas y en pelvis. En las horas siguientes la paciente experimentó deterioro clínico importante, con necesidades crecientes de aminas, anemización de 7 puntos y aumento de líquido libre en ECOfast, por lo que se decidió laparotomía urgente. Tras constatación de 2,5 litros de hemoperitoneo, se sospechó laceración esplénica realizando esplenectomía. No hubo evidencia clara de lesión hepática pero tras objetivarse mejoría hemodinámica con maniobras de control vascular hepático, se realizó *packing* hepático, control hemostático de cola pancreática y colocación de bolsa de Bogotá con revisión posterior a las 36 horas sin objetivarse signos de sangrado activo, permitiendo el cierre de pared abdominal. En los

días posteriores la situación de *shock* cardiogénico y FMO condicionaron gravemente el pronóstico de la paciente. Tras lenta evolución fue alta domiciliaria a los 36 días de ingreso hospitalario.

Discusión: La RCP puede producir lesiones a nivel torácico y/o intraabdominal causando cuadros de *shock* hemorrágico que, dada la situación crítica, impiden al paciente referir dolor abdominal y cuya inestabilidad hemodinámica es interpretada inicialmente como secundaria al fallo cardíaco. Las complicaciones del masaje cardíaco externo siempre deben considerarse en el diagnóstico diferencial de todo paciente reanimado con hallazgos inesperados pos-RCP. No obstante, aunque la incidencia de complicaciones hemorrágicas en pacientes que reciben fibrinólisis durante o inmediatamente después del fallo cardíaco debido a TEP masivo es alta, el beneficio de la misma en el resultado clínico parece superar el riesgo hemorrágico según la literatura existente hasta el momento.