

de costos debido a la utilización de tejido del propio paciente (pericardio autólogo) es otro potencial beneficio de este tipo de cirugías en países emergentes.

Comentarios y discusión: Este caso nos demuestra que esta técnica utilizada para reconstrucción valvular puede ser implementada de forma segura en un nuevo centro.

Palabras clave: Reconstrucción valvular aórtica; Ozaki
Referencias

1. Kawase I, Ozaki S, Yamashita H, Uchida S, Nozawa Y, Matsuyama T, et al. Aortic valve reconstruction of unicuspid aortic valve by tricuspidization using autologous pericardium. *Ann Thorac Surg*. 2012;94:1180-4.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.015>

P-15

Utilidad de la ecocardiografía en el taponamiento cardíaco tras la implantación de un marcapasos

L.G. Alvarez Calzaretta, H.D. Viso, A.V. Battistello

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los dispositivos electrónicos cardíacos implantables (DECI) incluyen marcapasos, cardiodesfibriladores y dispositivos de resincronización.

Los DECI han demostrado mejorar la calidad de vida y la sobrevida.

Tanto la implantación como la extracción de los DECI son procedimientos invasivos que acarrear complicaciones: derrame pericárdico, taponamiento cardíaco (TC), perforación cardíaca, hematoma, hemotórax, neumotórax e infección. La incidencia de dichas complicaciones es del 2%-5% pero puede tener consecuencias catastróficas.

Se define al TC como el derrame pericárdico que ocasiona descompensación hemodinámica y requiere evacuación de urgencia.

El TC se debe sospechar en pacientes que presentan hipotensión, ingurgitación yugular, pulso paradójico, taquicardia, taquipnea y disnea. El ECG puede presentar microvoltaje y alternancia eléctrica. El diagnóstico definitivo se realiza mediante ecocardiografía.

El tratamiento es una pericardiocentesis guiada por ecografía. Excepcionalmente se requiere una ventana pericárdica.

Descripción del caso: Paciente de 88 años, sexo femenino, con antecedentes de disfunción ventricular y estenosis aórtica severa cursando internación por insuficiencia cardíaca descompensada. Se realiza Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI), evidenciándose posteriormente un leak moderado de la válvula. Intercurre con bloqueo auriculoventricular completo paroxístico, por lo tanto, ocho días después de la TAVI, ingresa a quirófano para colocación de marcapasos bicameral, lúcida, hemodinámicamente compensada con infusión de noradrenalina y dobutamina. Se realiza anestesia general balanceada, inducción con etomidato, sin complicaciones.

En sala de recuperación anestésica presenta hipotensión sostenida y taquicardia, sin respuesta a inotrópicos ni expansión con volumen.

Se realiza ecocardiograma transtorácico que evidencia derrame pericárdico moderado a severo, colapso

moderado de la aurícula y del ventrículo derechos, y dilatación de la vena cava inferior sin colapso inspiratorio. Se realiza pericardiocentesis de urgencia evacuándose 280 ml de débito hemático; se coloca drenaje pericárdico, obteniendo un débito final de 620 ml. Evoluciona favorablemente.

Información adicional

El TC luego de la inserción del marcapasos puede producirse como una complicación inmediata o durante el transcurso de los primeros días posquirúrgicos. La incidencia de TC luego de la colocación de un marcapasos es cercana a 0%. Se han reportado incidencias de 0,28% en Estados Unidos y de 0% en Italia.

Los factores de riesgo asociados al TC luego de la colocación del marcapasos incluyen sexo femenino, marcapasos bicameral y enfermedad hepática crónica.

Comentarios y discusión: Es importante el control de signos vitales en la sala de cuidados postanestésicos, para la detección a tiempo de una eventual complicación, resultando de gran utilidad el ecocardiograma transtorácico para el diagnóstico diferencial ante un paciente con descompensación hemodinámica.

Palabras clave: Taponamiento cardíaco; Implantación de marcapasos; Ecocardiografía transtorácica; Complicaciones postoperatorias

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.016>

P-16

Monitoreo de la reanimación cardiopulmonar mediante ecografía

S. Gerez, M. Carpinella, N. Rudzik, N. Venturin, M. Constantini

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La ecografía se ha convertido en una herramienta diagnóstica y terapéutica en situaciones críticas. Esta permite, excluir rápidamente causas potencialmente tratables y además aumenta la exactitud del examen físico.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 86 de edad que ingresa a quirófano en plan de reemplazo parcial de cadera derecha. Presenta antecedentes clínicos de Enfermedad de Waldenstrom, Hipertensión, Dislipemia y Cardiopatía isquémica Clase funcional II. Medicada con Aspirina, Rosuvastatina y enalapril. Se le realizó un Ecocardiograma en el año 2015 que informa: hipertrofia ventricular izquierda, dilatación Auricular izquierda, buena función biventricular.

Se coloca a la paciente en decúbito lateral izquierdo, se realiza anestesia raquídea, con bupivacaina 0,5%, isobara, 1,5 ml más 20 Mcg de fentanilo, a nivel L2-L3, nivel sensitivo de T8. Se realiza monitoreo básico durante la cirugía.

Transcurrida una hora de cirugía, sin alteraciones hemodinámicas y con un sangrado de 150ml aproximadamente, al momento del cementado, del componente femoral de la prótesis, se registra actividad eléctrica sin pulso. Se pide ayuda, se posiciona a la paciente, en decúbito dorsal y se comienzan maniobras de RCP avanzada.

Durante la RCP se realiza monitoreo manual y se decide aplicar el Protocolo FEEL. En vista subxifoidea de cuatro