

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 presenten 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

cámaras se observa acinesia cardíaca con solo movimiento valvular, en el ventrículo derecho una masa hiperecogénica endocavitaria sospechando un síndrome de implantación de cemento óseo. Luego de varios minutos de RCP de buena calidad y ante la persistente falta de motilidad miocárdica, se decide discontinuar la RCP.

Discusión: La ecografía es una herramienta importante para el diagnóstico y manejo de eventos críticos. Existe suficiente evidencia acerca de que la ecocardiografía permite detectar las causas posibles de inestabilidad hemodinámica en el paciente crítico. En el contexto del paro cardíaco permite descartar y/o diagnosticar las causas tratables de actividad eléctrica sin pulso sin prolongar los períodos de ausencia de flujo y a veces sin detener la reanimación. Además, permite diferenciar la "pseudo AESP" donde es demostrable la motilidad miocárdica de la "verdadera AESP" donde existe acinesia del miocardio. Esto se señala como un marcador objetivo de predicción de la supervivencia en la actividad eléctrica sin pulso y de discontinuidad de la RCP. La ecocardiografía en el contexto de RCP es fácil realización con una baja curva de aprendizaje, la cual permite orientar y comprobar la efectividad de nuestras terapias.

Palabras clave: Ecocardiografía; Paro cardiorrespiratorio; Síndrome de implantación de cemento óseo; Protocolo FEEL

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.017>

P-17

Mixoma auricular en el embarazo: a propósito de un caso

H.S. Trigoso, S. de la Torre, F. Dall Armelina, F. Sosa, J.P. Perotti

Hospital Universitario Austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La incidencia de patologías cardiovasculares durante el embarazo es de 1-4%.¹

Dentro de estas, existe un bajo porcentaje de cardiopatías complejas que requiere resolución quirúrgica (con la utilización de circulación extracorpórea) debido al estado de descompensación severa que producen, poniendo en peligro la vida del binomio madre-feto.

La mortalidad fetal en este tipo de intervenciones es mayor que en la madre, requiriendo de esta manera un enfoque anestesiológico diferente al habitual.

Descripción del caso: Paciente de 39 años, cursando embarazo de 20 semanas con disnea clase funcional (NYHA) II-III de un mes de evolución. Presenta antecedente de prolapso e insuficiencia mitral diagnosticado en la infancia, sin seguimiento desde hace 5 años. Se realiza control ecocardiográfico que evidencia: Fracción de eyección de 63%. Aurícula dilatada de 23 cm². Masa móvil de 10x65 mm, adherida a septum interauricular bajo y base auricular. Insuficiencia mitral severa excéntrica.

Ecografía obstétrica de ingreso: Doppler de las arterias uterinas con un índice de pulsatilidad medio límite. Debido al alto riesgo embólico de este tumor y en contexto del estado de gravidez con descompensación hemodinámica incipiente, se decide realizar cirugía de resección tumoral.

La intervención se realiza a las 21 semanas de gestación, con la utilización de circulación extracorpórea (25 minutos).

Durante la cirugía se administró sulfato de magnesio como neuroprotección y se realizó monitoreo fetal continuo. Se intercurrió con descenso de la FCF a 70-90 lpm, tras un tiempo de clampeo aórtico de 11 min. Procedimiento bien tolerado. Postoperatorio en buena evolución, paciente es dada de alta 7 días después de la cirugía.

Información adicional: La CEC es la principal causa de alteraciones maternas y fetales. En la embarazada tiene particularidades que deben considerarse: determina un patrón no fisiológico, de baja resistencia, aunado a la ausencia de autorregulación del flujo útero-placentario, que hace al feto sensible a la hipotensión.

Comentarios: La patología y estado clínico de la paciente, sumado a su potencial complicación motivada por la mayor sobrecarga de volumen que representa el tercer trimestre de embarazo, determinó una conducta terapéutica quirúrgica con el consecuente riesgo inherente a la misma.

Es preciso determinar la relación riesgo beneficio en cuanto a la intervención a realizar y el momento oportuno de la misma, considerando diversos factores como: estadio de gestación, anatomía valvular, clase funcional y grado de hipertensión pulmonar entre otros.

Palabras clave: Cirugía cardíaca; Gestación; Sustitución valvular cardíaca; Mixoma

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.018>

P-18

Efecto Hemodinámico del reclutamiento pulmonar en un paciente con Hipertensión pulmonar

M.N. Carpinella, S. Gerez, N.M. Rudzik, N. Venturin, G.H. Tusman

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

Introducción: Las atelectasias producidas por la anestesia general y la circulación extracorpórea, generan áreas pulmonares no que ventiladas. Estas sufren el fenómeno de vasoconstricción pulmonar hipóxica, lo que genera un aumento de la impedancia vascular, pudiendo llevar a la disfunción del ventrículo derecho.

Descripción del caso: Paciente de 80 años en plan para reemplazo de válvula aórtica. Medicado con Nebivolol, rosuvastatina y furosemida. Ecocardiograma presenta HVI, dilatación biauricular, estenosis aórtica severa y buena función del VD.

Se realiza inducción con etomidato, remifentanilo y vecuronio. Se coloca noradrenalina en dosis de 0,03 mcg/kg/min para estresar volumen. Ventilación en VCV con 6 ml/kg, frecuencia respiratoria de 14 por minuto y 5 cm de PEEP. Se introduce vía central y se coloca catéter de Swan-Ganz.

Después de realizada la inducción una presión sistólica pulmonar superior a los 70 mmHg. Se retiran los 5 de PEEP observándose una leve disminución de la presión. Posterior a esto se realiza una maniobra de reclutamiento subiendo la PEEP de manera escalonada. Finalizada la maniobra se establece la PEEP en 10 cm de H₂O. Con esta maniobra la presión pulmonar desciende a valores cercanos a 40 mmHg. Se vuelve a retirar la PEEP evidenciándose una subida de la