



## EMBOLISMO AÉREO PARADÓJICO DURANTE RECAMBIO DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

Carlos Moreno; Anna Mases; Claudia Teixell; Cristina Rodriguez; Elisa Cuadrado; Ana Pardo; Luis Aguilera

*Hospital del mar, servicio de anestesiologia, reanimacion y terapeutica de dolor*

El embolismo aéreo (EA) asociado a manipulación de vías centrales (VC) tiene una prevalencia del 0,2% al 1%. Presentamos el caso de un EA cerebral paradójico durante recambio de un introductor de catéter de arteria pulmonar.

Mujer, 62 años, ASA II, fumadora, sin alergias. Se intervino de cirugía radical laparoscópica por adenocarcinoma endometrial. Intraoperatoriamente presentó lesión iatrogénica de vena cava inferior con shock hipovolémico. Se colocó introductor de Swan-Ganz en yugular interna derecha para fluidoterapia. A las 24 horas del postoperatorio se recambió el introductor por un catéter venoso central presentando disnea, respiración irregular, taquicardia, pérdida de consciencia y elevación del segmento ST. Recuperó la consciencia a los 2-3 minutos de soporte respiratorio y hemodinámico objetivándose hemiplejía braquiocrural izquierda y afasia nominativa. El TC craneal basal, angioTC y TC de perfusión mostraron signos de embolismo gaseoso hemisférico derecho con hipoperfusión de territorios frontera internos y externos. El test de burbujas con doppler transcraneal fue compatible con foramen oval permeable. La recuperación fue favorable, persistiendo déficit discreto de coordinación fina de dedos de la mano a los cuatro meses.

### Discusión:

La EA es una complicación potencialmente catastrófica y evitable de la manipulación de las VC. La clínica depende del volumen y rapidez de la entrada del aire. En nuestro caso, el gran calibre del introductor, la hipovolemia y la presión negativa generada por la dificultad respiratoria favorecieron la entrada de gran volumen de gas. En cuanto al tratamiento, podría haberse instaurado oxigenoterapia hiperbárica.

Es importante aplicar medidas preventivas para la retirada y recambio de vías centrales. Debe tenerse un alto índice de sospecha para instaurar tratamiento rápidamente para evitar secuelas importantes.

### Bibliografía:

1. Marek A. Mirski. Diagnosis and Treatment of Vascular Air Embolism Anesthesiology 2007; 106:164–77

2. S. Weeber. Gas embolism in anaesthesia. British Journal of anaesthesia CEPD reviews Volumen 2. Number 2 2002.