



L'EMBÒLIA GASOSA POSSIBLE CAUSA D'ATURADA CARDIORESPIRATÒRIA EN CIRURGIA TORÀCICA

Abel Agulló; Marta Antelo; Sandra Aguado; Paula López; Marc Aguilar; Silvia Bermejo

Hospital del Mar

ANTECEDENTS

Pacient de 76 anys amb malaltia pulmonar obstructiva crònica, s'intervé de resecció atípica de lesió pulmonar per videotorascòpia.

INFORME DEL CAS

Es realitza anestèsia general endovenosa, monitorització estàndard, tensió arterial invasiva i ventilació unipulmonar amb tub doble llum. Cirurgia sense incidències. En reiniciar la ventilació bipulmonar, s'observa fuga d'aire de la sutura. Prèviament a l'edució, reposicionament del pacient de decúbit lateral esquerre a supí. Immediatament, es produeix deteriorament hemodinàmic brusc i aturada cardiorespiratòria (ACR). Iniciant mesures de reanimació i descartant causes reversibles d'ACR. Recuperada la circulació espontània, es realitza ECG i ecocardiograma evidenciant elevació del segment ST. Compatible amb infart agut de miocardi (IAM), activant-se codi IAM. Al cateterisme coronari, no detecten lesions coronàries significatives i la injecció de contrast en l'artèria descendent anterior es normalitza el ST.

DISCUSSIÓ

Es planteja els següents diagnòstics diferencials:

VASOESPASME: Per la ràpida instauració i absència de lesions coronàries. Descartat per la resolució sense tractament vasodilatador.

Sd. TAKOTSUBO: Per la disfunció ventricular i imatge ecocardiogràfica postaturada.

EMBÒLIA GASOSA: Afavorida per la malaltia pulmonar i la ventilació amb pressió positiva. Relacionat amb la fuga d'aire en les sutures i els canvis de posició. El pas de 0.5 mL d'aire a la vena pulmonar és suficient per a una ACR. L'Elevació del ST sol resoldre amb injecció de contrast.

PUNTS CLAU D'APRENTATGE

Necessitat d'identificar i descartar causes d'ACR.

Embòlia gasosa com a causa d'ACR en cirurgia toràcica i diagnòstic d'exclusió.