

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

Embolismo gaseoso masivo al iniciar la infusión de neumoperitoneo: Caso clínico

Autores:

Autor presentador:

Rocío Maiquez Abril

Resto de autores:

Luis Tomás Ocaña Wilhelmi, Edilberto Corbacho Ordóñez, Rafael Díaz Nieto

Institución:

Rocío Maiquez Abril, Luis Tomás Ocaña Wilhelmi, Rafael Díaz Nieto: Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. H. U. Virgen de la Victoria, Málaga (España)

Edilberto Corbacho Ordóñez: Servicio de Anestesiología y Reanimación. H. U. Virgen de la Victoria, Málaga (España)

Resumen de comunicación:

Introducción:

El embolismo gaseoso es una complicación que es poco frecuente que se presente con manifestación clínica durante la cirugía laparoscópica, pero que cuando se produce, la gravedad del cuadro hace que haya que actuar con rapidez para solventarlo y llegar a salvar la vida del paciente. Se produce por el paso de CO₂ a la circulación portal, llegando a cavidades cardíacas y afectando a la ventilación pulmonar, pudiendo pasar a otros órganos como el cerebro.

Objetivo:

Analizar la importancia de saber diagnosticar un embolismo gaseoso durante la cirugía laparoscópica, así como instaurar un rápido y eficaz tratamiento.

Material y método:

Se expone el caso de una paciente de 41 años, sin antecedentes de interés salvo episodios previos de pancreatitis aguda litiásica, sin cirugías previas, que es programada para realizarse una colecistectomía laparoscópica.

Resultados:

Durante el inicio del neumoperitoneo con aguja de Veress, comienza a desestabilizarse y a disminuir de manera brusca e inmediata la captación de dióxido de carbono del capnógrafo y el gasto cardíaco, por lo que se diagnostica de embolismo gaseoso (corroborado más tarde intraquirófono por ecocardiograma y ya en planta por TAC, sin evidenciarse hemoperitoneo). Se interrumpe inmediatamente la infusión de neumoperitoneo (a los 20 segundos de comenzar la infusión, de poco más de 1 litro) y se instauran medidas de reanimación, con recuperación completa y sin secuelas de la paciente, que se intervino finalmente de colecistectomía abierta dos semanas después.

Conclusiones:

El embolismo gaseoso es una entidad que puede darse de manera subclínica durante la cirugía laparoscópica, pero que cuando tiene manifestación clínica es de riesgo vital para el paciente. Es imprescindible tenerlo presente en toda intervención, reconocerlo inmediatamente cuando se produce mediante un entrenamiento adecuado del equipo anestésico durante toda la duración de la cirugía, y ponerle tratamiento de inmediato, así como interrumpir o concluir la intervención en el menor tiempo posible.

