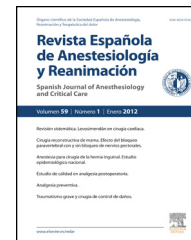




# Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



## CASO CLÍNICO

### Parada cardiaca durante cesárea de parto gemelar

F.R. Pampín-Huerta<sup>a,\*</sup>, D. Moreira-Gómez<sup>a</sup>, M.L. Lozano-Requelme<sup>a</sup>,  
F. Molina-Nieto<sup>b</sup>, L. Fontán-García-Boente<sup>b</sup> y M. Moreira-Pacheco<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Reanimación y Cuidados Intensivos, Hospital HM Modelo, A Coruña, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología, Hospital HM Modelo, A Coruña, España

<sup>c</sup> Unidad de Reproducción Asistida, Hospital HM Maternidad Belén, A Coruña, España

Recibido el 19 de febrero de 2015; aceptado el 7 de mayo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Trombosis de la vena  
ovárica;  
Cesárea;  
Paro cardiaco;  
Embolia pulmonar;  
Trombo cardiaco;  
Terapia trombolítica

#### KEYWORDS

Ovarian vein  
thrombosis;  
Cesarean section;  
Cardiac arrest;  
Pulmonary embolism;  
Cardiac thrombo;  
Thrombolytic therapy

**Resumen** Presentamos el caso de una mujer gestante de 35 años con una trombosis de vena ovárica derecha complicada con un trombo flotante en la vena cava inferior que alcanzaba la aurícula derecha. Comenzó con una parada cardiaca secundaria a tromboembolismo pulmonar durante la cesárea de un parto gemelar. Describimos brevemente la fisiopatología de esta entidad y exponemos las opciones de manejo de una parada cardiaca de esta etiología recuperada con presión arterial estable, destacando el papel de la terapia trombolítica en la Unidad de Reanimación en esta situación.

© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

#### Cardiac arrest during a twin birth caesarean delivery

**Abstract** The case of a 35 year-old pregnant woman with a right ovarian vein thrombosis complicated with a floating thrombus in the inferior vena cava reaching the right atrium, is presented. The patient had a cardiac arrest due to a pulmonary embolism during a twin-birth caesarean delivery. Discussion includes the pathophysiology of this condition and management options in a cardiac arrest secondary to this aetiology, recovered with stable blood pressure, highlighting the role of thrombolytic therapy in the Postoperative Care Unit in this situation.

© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [franpampin@yahoo.es](mailto:franpampin@yahoo.es) (F.R. Pampín-Huerta).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2015.05.009>

0034-9356/© 2015 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Introducción

La trombosis de vena ovárica (TVO) es una complicación de riesgo vital en el posparto inmediato y puerperio presente en el 0,02-0,20% de los embarazos (< 0,05% de partos vaginales, 1-2% de cesáreas)<sup>1,2</sup>; más común en partos gemelares por cesárea<sup>1,3</sup>. La hipercoagulabilidad desarrollada durante la gestación y la estasis venosa, favorecidas por la dilatación del sistema venoso y un volumen plasmático aumentado, probablemente sean los factores de riesgo más importantes<sup>1-3</sup>. En el 80-90% de los casos es la ovárica derecha la afectada, por la dextrorrotación fisiológica del útero que la comprime y porque es más larga, con válvulas más incompetentes y flujo anterógrado. La trombosis puede extenderse a la vena cava inferior (VCI)(15%) o a las renales (12%), complicándose en un 13% con tromboembolismo pulmonar (TEP) con una mortalidad aproximada del 4%<sup>1-3</sup>. La mayoría de los casos están asociados a infección y una minoría a trombofilia<sup>1</sup>. Se infradiagnostica por su presentación inespecífica de fiebre, dolor abdomino-pélvico y leucocitosis, entre los días 2.º-15.º postparto<sup>1-3</sup>.

El caso que presentamos comenzó en una cesárea con una parada cardíaca secundaria a TEP recuperada sin trombólisis; se diagnosticó además un trombo flotante intracava que alcanzaba aurícula derecha (AD). Enumeramos a continuación las opciones de manejo expuestas en la literatura revisada hasta la fecha.

## Caso clínico

Mujer de 35 años sin antecedentes de interés a la que se realiza cesárea, bajo anestesia intradural con punción no hemática, por rotura prematura de membranas en gestación gemelar de 37 semanas con primer feto en podálica. Tras la extracción placentaria presentó sensación nauseosa, pérdida de conciencia, bradicardia y asistolia. Se instauraron medidas de soporte vital avanzado siguiendo las Guías del Consejo Europeo de Resucitación (ERC) recuperando el pulso a los 10 min con una taquicardia de complejo QRS estrecho a 150 lpm en el monitor. Se trasladó a la Unidad de Reanimación y Cuidados Intensivos en ventilación mecánica (FIO<sub>2</sub> 1, PEEP 5 cmH<sub>2</sub>O, volumen corriente 420 ml, frecuencia respiratoria 14/minuto), con presión arterial 160/110 mmHg, ritmo sinusal a 125 lpm; y gasometría arterial: pH 7,27, pCO<sub>2</sub> 39 mmHg, pO<sub>2</sub> 173 mmHg, bicarbonato 17,3 mmol L<sup>-1</sup>, bases-8,6, iones en rango y Hb 9,4 g dl<sup>-1</sup>. Por sospecha de TEP se realizó a pie de cama un ecocardiograma transtorácico que mostró un ventrículo derecho ligeramente aumentado con disfunción moderada y un trombo que invadía la VCI y la AD (fig. 1); se descartó foramen oval permeable. La angiogramografía computarizada (TC) para confirmar el TEP y valorar la extensión del trombo visualizado en el ecocardiograma transtorácico diagnosticó: trombos parcialmente oclusivos en arteria interlobar y ramas segmentarias de la pirámide basal derecha, sin evidencia de ellos en tronco ni en ramas principales de la arteria pulmonar; vena ovárica derecha (VOD) muy dilatada, tortuosa con trombos (fig. 2); trombo flotante en la vena cava abdominal por encima de las renales y que se extiende hasta la cava intrahepática; la cava distal a la confluencia con la VOD, la ovárica izquierda, ilíacas y femorales comunes

eran permeables. Presentó al ingreso una hemorragia vaginal controlada inicialmente con metilergometrina y oxitocina. Debido a que su efecto anticoagulante se puede revertir con rapidez en caso de complicación hemorrágica o cirugía urgente, se inició heparina no fraccionada (HNF) a las 6 h de la cesárea a 18 U kg<sup>-1</sup> h<sup>-1</sup> sin bolo inicial ajustándola por el tiempo de activación parcial de tromboplastina. Se extubó sin complicaciones a las 12 h, presentando únicamente desorientación témporo-espacial que recuperó sin focalidad. Se elevaron biomarcadores cardíacos, troponina T máxima al ingreso: 0,22 ng ml<sup>-1</sup>; NT-proBNP a las 12 h: 3030 pg ml<sup>-1</sup>. Cirugía Cardíaca y Vascular descartaron la trombectomía quirúrgica argumentando el mantenimiento de una presión arterial y situación respiratoria estables, no siendo factible la trombectomía percutánea por parte del radiólogo intervencionista por su extensión. Se inició antibioterapia profiláctica con amoxicilina-clavulánico y metronidazol por elevado riesgo de infección asociado a la TVO y manipulaciones ginecológicas repetidas por sangrados uterinos, escasos pero constantes en los 6 primeros días, por la anticoagulación. Durante su estancia en la Unidad de Reanimación y Cuidados Intensivos precisó transfusiones cada 48 h, hasta un total de 6 concentrados de hemáties en los 6 primeros días, por anemia sin inestabilidad hemodinámica. Se realizó una TC al 5.º día que mostró un hematoma en cara anterior del útero y en la musculatura de la pared abdominal inferior sin hallazgos definitivos de sangrado activo con tiempo de activación parcial de tromboplastina entre 1,5-2,3 veces el control; motivo por el cual adoptamos una conducta expectante al respecto y atribuimos esas primeras necesidades de transfusión a esta complicación y al sangrado ginecológico. Al no precisar soporte extraordinario se trasladó a la planta al 8.º día con enoxaparina y acenocumarol. La recidiva de una hemorragia uterina moderada al 12.º día que obligaba a suspender la anticoagulación precipitó la embolización de las arterias uterinas para poder continuar la anticoagulación. Evolución favorablemente, con una reducción progresiva de los trombos en las pruebas de imagen seriadas hasta no visualizarse los mismos a nivel de VCI, VOD ni en cavidades cardíacas; el ecocardiograma transtorácico realizado 48 h antes del alta hospitalaria mostró un ventrículo derecho de tamaño y función normal y una presión sistólica de arteria pulmonar normal (28 mmHg). El estudio de hipercoagulabilidad a los 6 meses resultó normal, suspendiéndose la anticoagulación.

## Discusión

Las últimas Guías de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) de diagnóstico y manejo del TEP agudo lo clasifican en 3 niveles de riesgo de muerte precoz (mortalidad intrahospitalaria o a los 30 días). Aquellos con shock o hipotensión se identifican como de alto riesgo, requiriendo una terapia de reperfusión urgente, farmacológica o alternativamente quirúrgica o percutánea. El resto se clasificarán en riesgo intermedio (subdividido en intermedio-alto e intermedio-bajo) y riesgo bajo. Una de las más novedosas aportaciones corresponde a los pacientes de riesgo intermedio-alto, definido en las pruebas de imagen (ecocardiografía o TC) por signos de disfunción ventricular derecha y en las de laboratorio por elevación de biomarcadores cardíacos (troponinas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768264>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768264>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)