



Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Tratamiento anestésico en la exéresis de un quiste hidatídico cardíaco

R. Martínez Rodríguez*, D. Campello Ros y R. Sopena García

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

Recibido el 2 de diciembre de 2010; aceptado el 4 de mayo de 2012

Disponible en Internet el 11 de julio de 2012

PALABRAS CLAVE

Equinococosis;
Hidatidosis;
Cirugía cardíaca;
Anafilaxia

Resumen La equinocosis es una infección endémica en los países cálidos. La afectación cardíaca es rara, pero grave. El riesgo de shock anafiláctico durante la cirugía, precisa de un rápido diagnóstico intraoperatorio y de un tratamiento inmediato. Presentamos el caso de un varón de 35 años, al que se le detectó un quiste hidatídico cardíaco, tributario de cirugía. Previo tratamiento con albendazol oral durante un mes y pauta de anti-H1, anti-H2 y corticoides las 24h previas, se procedió a extirpar el quiste con circulación extracorpórea. Intraoperatoriamente se administraron además, bolus de hidrocortisona y dexclorfeniramina y se protegió el campo quirúrgico con gasas empapadas en suero salino hipertónico. El paciente precisó perfusión de noradrenalina para mantener la estabilidad hemodinámica. Evolucionó sin más complicaciones y fue dado de alta a los 14 días.

© 2010 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Echinococcosis;
Hydatidosis;
Cardiac surgery;
Anaphylaxis

Anaesthetic treatment in the removal of a cardiac hydatid cyst

Abstract Echinococcosis is an endemic infection in hot countries. Cardiac involvement is rare, but serious. The risk of anaphylactic shock during surgery requires a rapid intra-operative diagnosis and immediate treatment. We present the case of a 35 year-old male in whom a cardiac hydatid cyst was detected that required surgery. He was given preliminary treatment with oral albendazole for one month and prescribed anti-H1, anti-H2 and corticosteroids prior to the removal of the cyst using bypass surgery. During the operation he was also given a bolus of hydrocortisone and dexchlorpheniramine and the surgical area was protected by gauzes soaked in hypertonic saline. The patient required an infusion of noradrenaline to maintain haemodynamic stability. He progressed with no more complications, and was discharged at 14 days.

© 2010 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmartinezr@bellvitgehospital.cat (R. Martínez Rodríguez).

Introducción

La equinocosis en humanos ocurre como resultado de la infección en fase larvaria de cestodos del género *Echinococcus*. La mayor prevalencia se encuentra en los países de temperaturas templadas. El hígado es el órgano más frecuentemente afecto, seguido de los pulmones y en menor grado bazo, riñones, corazón, huesos y el sistema nervioso central¹. La clínica depende de la localización y el tamaño del quiste y va desde la ausencia de síntomas, hasta la muerte súbita. Si un quiste se rompe, la liberación de su contenido puede precipitar desde reacciones alérgicas leves, hasta un shock anafiláctico. La exéresis quirúrgica del quiste hidatídico es el tratamiento de elección². La periquistectomía es el procedimiento habitual. El principal objetivo del anestesiólogo debe ir encaminado a la profilaxis, la detección y el tratamiento precoz de la reacción anafiláctica intraquirófano.

Presentamos el caso de un paciente con equinocosis cardíaca y su tratamiento perioperatorio.

Caso clínico

Varón de 34 años, 94 kg y 180 cm, sin hábitos tóxicos y, con el único antecedente de haber sido intervenido de quistes hidatídicos hepáticos y pulmonares en la infancia.

Consultó por dolor torácico relacionado con la respiración profunda y en decúbito, junto a disnea, tos seca y sensación distérmica de 10 días de evolución. A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, pulsos periféricos presentes y simétricos. No había signos de insuficiencia cardíaca global, ni fallo ventricular derecho. La analítica mostraba leucocitosis ($14.700 \times 10^9 \times l^{-1}$, con 78% de neutrófilos) y eosinofilia (13,3%). El resto del hemograma y bioquímica eran normales.

En la radiografía de tórax destacaba cardiomegalia y ensanchamiento mediastínico. Se realizó TC tóraco-abdominal que mostraba derrame pericárdico severo y, una imagen anormal en el ventrículo izquierdo. En el ecocardiograma había imágenes quísticas de gran tamaño, en el septo interventricular, ápex, cara lateral de ventrículo izquierdo y, derrame pericárdico, sin colapso de cavidades derechas.

Se orientó el caso como hidatidosis cardíaca. Se inició tratamiento con albendazol oral (400 mg/12 h) y fue trasladado a la Unidad Coronaria para valorar la posibilidad de cirugía. Se realizó TC cardíaca que confirmó el diagnóstico. El estudio de extensión fue negativo.

A los 2 días del ingreso el paciente presentó hipotensión arterial y pulso paradójico. El ecocardiograma mostraba flujo transmitral sugestivo de taponamiento. Se realizó pericardiocentesis (1.300 ml), con remisión del cuadro. Posteriormente, se realizó RM que mostró una masa intramiocárdica de contenido heterogéneo, con imágenes vesiculares (volumen global de 100 ml) y que englobaba la arteria coronaria descendente anterior (fig. 1). Se realizó cateterismo cardíaco para valorar la perfusión coronaria distal, que era óptima. Dados los hallazgos, se decidió llevar a cabo el tratamiento quirúrgico.

El día antes de la intervención se inició profilaxis del shock anafiláctico con anti-H1, anti-H2 y prednisona 50 mg vo cada 8 h, dexclorfeniramina 8 mg ev y ranitidina 150 mg ev, una hora antes de la cirugía. En el quirófano se procedió a la monitorización de ECG, PA invasiva, pulsioximetría, capnografía y profundidad anestésica con BIS y, se insertaron 2 catéteres venosos de grueso calibre.

Se realizó la inducción anestésica con propofol 200 mg, fentanilo 450 μ g y atracurio 50 mg y se procedió a intubación orotraqueal. Se canalizó la vena yugular interna derecha para monitorizar la presión venosa central (PVC). Se colocó sonda vesical, nasogástrica y termómetro esofágico. Se realizó profilaxis antibiótica con cefuroxima 1.500 mg y tobramicina 240 mg. El mantenimiento anestésico se realizó con perfusión de remifentanilo entre 0,1-0,2 μ g/kg⁻¹ × min⁻¹ y propofol entre 7,5 y 10 mg/kg⁻¹ × h⁻¹. Se administró un bolus de 2 g de ácido tranexámico, que se repitió al inicio de la CEC, más perfusión a 1 mg/kg⁻¹ × h⁻¹, como tratamiento antifibrinolítico para disminuir el sangrado intraoperatorio.

Tras heparinización completa, se inició la CEC y una perfusión de noradrenalina (NA) a dosis bajas: 0,05 μ g/kg⁻¹ × min⁻¹, así como bolus de dexclorfeniramina 24 mg y actocortina 100 mg.

Se procedió a la disección de la masa quística, que fue rodeada de gases estériles empapadas en suero salino hipertónico al 20%. Se esterilizó el quiste con inyección intracavitaria de dicho suero y se realizó exéresis y capitonaje (fig. 2).

Durante el procedimiento se objetivó una disminución de la presión media de perfusión (PP) hasta 35-40 mmHg, con resistencias venosas sistémicas (RVS) también muy bajas, sugestivas de vasodilatación, probablemente inducida por el paso de material hidatídico a la circulación, que precisó incremento de NA. La salida de CEC se realizó sin incidencias, previa reversión de la heparina con protamina a dosis 1:1. El tiempo de clampaje aórtico fue de 57 min y el tiempo total de CEC fue de 78 min.

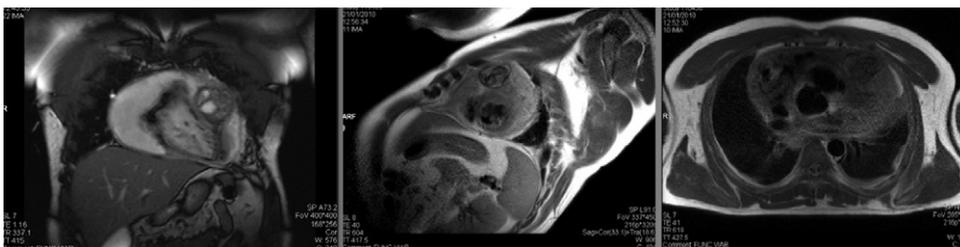


Figura 1 Resonancia magnética. Secciones a nivel cardíaco. Las imágenes muestran una masa intramiocárdica, de contenido heterogéneo, con imágenes vesiculares (volumen global de 100 ml).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768802>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768802>

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