



CASO CLÍNICO

Anestesia para cirugía de mama en una paciente con síndrome de Eisenmenger



J.C. Galán Gutiérrez^{a,*}, F.E. Fernández Suárez^a, P. Miranda García^{a,b} y L.A. Sopena Zubiria^b

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

^b Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

Recibido el 12 de mayo de 2016; aceptado el 6 de julio de 2016
Disponibile en Internet el 21 de agosto de 2016

PALABRAS CLAVE

Anestesia general;
Anestesia regional;
Bloqueos torácicos;
Cardiopatía congénita;
Hipertensión pulmonar;
Mama;
Síndrome de Eisenmenger

KEYWORDS

General anaesthesia;
Regional anaesthesia;
Thoracic blocks;
Congenital heart disease;

Resumen El síndrome de Eisenmenger (SE) es una combinación compleja de anomalías cardiovasculares definida por hipertensión pulmonar con inversión o bidireccionalidad del flujo a través de una comunicación intracardiaca o aortopulmonar, generalmente secundaria a cardiopatías congénitas no solucionadas oportunamente. Conlleva un riesgo significativo de mortalidad perioperatoria, pudiendo alcanzar valores próximos al 30% para cirugía no cardíaca.

Se presenta el caso de una paciente adulta diagnosticada de SE sometida a cirugía mamaria bajo anestesia general combinada con la realización de bloqueos analgésicos torácicos.

Se discuten las principales implicaciones fisiopatológicas de este síndrome, subrayando la importancia de una adecuada evaluación preoperatoria con valoración exhaustiva de los riesgos asociados, un cuidadoso manejo intraoperatorio y una vigilancia postoperatoria que inicialmente han de realizarse en una unidad de cuidados críticos. Se incide en la necesidad de individualizar y adaptar la elección de agentes y técnica anestésica al estado hemodinámico del paciente y al procedimiento quirúrgico.

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Anaesthetic management of breast surgery in a patient with Eisenmenger syndrome

Abstract Eisenmenger syndrome (ES) is a complex combination of cardiovascular abnormalities defined as pulmonary hypertension with investment or bidirectional flow through an intracardiac or aortopulmonary communication, usually secondary to a congenital heart disease not resolved promptly. It carries a significant risk of perioperative mortality, with an incidence close to 30% for non-cardiac surgery.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgalan01@hotmail.com (J.C. Galán Gutiérrez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.redar.2016.07.007>

0034-9356/© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Pulmonary hypertension;
Breast;
Eisenmenger syndrome

We report the anaesthetic management in a ES patient undergoing breast surgery, which was successfully performed under general anaesthesia combined with thoracic analgesic blocks.

The main pathophysiological implications of this syndrome are discussed, emphasizing the importance of appropriate preoperative evaluation with thorough assessment of associated risks, careful intraoperative management, and postoperative care, which should be initially performed in a critical care unit. The need to individualize and tailor the choice of drugs and anesthetic technique to the hemodynamic condition of the patient and the surgical procedure is highlighted.

© 2016 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se calcula que cerca del 85% de los pacientes portadores de cardiopatías congénitas sobreviven hasta la edad adulta. En consecuencia, nos enfrentamos a un número creciente de adultos que se someten a cirugía no cardíaca sin haber sido realizada cirugía cardíaca correctiva previamente, bien por retraso en el diagnóstico o bien por haber sido desestimados para tratamiento quirúrgico en el momento de su valoración¹.

El SE, que está presente en el 3% de los pacientes adultos con cardiopatía congénita, supone un serio desafío para el anestesiólogo, con una mortalidad perioperatoria estimada que puede alcanzar según las series del 20 al 30%. Muchos de estos pacientes muestran inicialmente un simple shunt intracardiaco, resultado de un defecto estructural en el septo auricular o ventricular. Las secuelas de larga duración de estas lesiones no corregidas precozmente derivan en un significativo incremento en la morbilidad, con alteraciones anatómicas del lecho vascular pulmonar, aumento progresivo de la resistencia y de las presiones de la arteria pulmonar hasta alcanzar valores sistémicos o suprasistémicos, reversión del sentido del cortocircuito de izquierda-derecha a derecha-izquierda, hipertensión pulmonar (HTP) irreversible y fallo ventricular derecho².

Presentamos el caso de una paciente adulta sometida a cirugía de mastectomía derecha y portadora de SE secundario a una comunicación interauricular (CIA) por defecto del seno venoso no corregida. Se discuten las principales implicaciones fisiopatológicas de este síndrome, señalando la importancia de evitar descensos en la resistencia vascular sistémica (RVS) e incrementos en la resistencia vascular pulmonar (RVP) con independencia de la técnica anestésica seleccionada.

Caso clínico

Paciente mujer de 49 años, alérgica a antiinflamatorios, portadora de SE secundario a cardiopatía congénita tipo CIA seno venoso con shunt bidireccional e HTP severa. Se presentó con diagnóstico de tumoración mamaria derecha para realización de mastectomía. En su historia cardiológica

constaba diagnóstico de CIA a la edad de 29 años tras un episodio de disnea progresiva, siendo desestimada para trasplante cardiopulmonar. Recibía tratamiento con digoxina 0,25 mg y oxígeno domiciliario 16-18 h/día. No recibía tratamiento anticoagulante por hemoptisis de repetición, ni toleraba sildenafil o prostaglandinas. A la exploración física, se encontraba normotensa, con SpO₂ 78% aire ambiente y cianosis leve. Refería capacidad funcional NYHA III/IV (disnea de mínimos esfuerzos). Los parámetros analíticos se encontraban dentro de la normalidad (hemoglobina 13 g/dl). En el ECG, ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha y en la placa de tórax alteración de la silueta cardíaca con significativo aumento del sistema arterial pulmonar. Se completó el estudio con una angio-TC de arterias pulmonares, que evidenciaba signos radiológicos de HTP y drenaje venoso pulmonar anómalo (venas pulmonares derechas a nivel de la vena cava superior) con severa dilatación del tronco de la arteria pulmonar, dilatación de las cavidades cardíacas derechas y desviación contralateral del septo interventricular (figs. 1 y 2). Dado el elevado riesgo de morbimortalidad perioperatoria, se solicitó consulta a cardiología, que realizó ecocardiografía preoperatoria, sin hallazgos adicionales (presión sistólica arterial pulmonar 100 mmHg) y estableció un riesgo perioperatorio clase III de Goldman (2% de mortalidad cardíaca y 11% de complicaciones graves). Se mantuvo tratamiento perioperatorio hasta el día de la intervención, se pautó profilaxis antibiótica frente a endocarditis infecciosa con vancomicina 1 g iv y no se indicó premedicación adicional.

Se consideraron varias técnicas anestésicas. Finalmente, se optó por anestesia general (AG), suplementada con una técnica analgésica locoregional ecoguiada. Se monitorizó el ECG, la SpO₂ y la PA de forma invasiva. A la inducción anestésica, la PA era de 144/98, la FC de 98 lpm y la SpO₂ del 79%. La preoxigenación se efectuó a través de mascarilla facial bien sellada, con un flujo de oxígeno al 100% de 8 l/min, según técnica de volumen corriente durante 4 min. La inducción anestésica se inició con 80 mg de propofol, cuidadosamente titulados según cifras de PA, y 50 µg de fentanilo. Se insertó mascarilla laríngea Ambu® Aura Gain® n.º 3 (peso 58 kg) y se conectó a ventilación mecánica para un ETCO₂ de 30 mmHg. Con posterioridad, se controló mediante gasometrías arteriales seriadas, con SpO₂ mantenida entre el 92 y el 98%, y PaCO₂ de 35-40.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5583776>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5583776>

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