

Estudio de caso

A propósito de un caso: Shock cardiogénico tras resección de tumor femoral e implantación protésica

Héctor Montero Merino^{1*}, Fabrizio Curzio¹.

1. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negín, España.

*Correspondencia: dr.monteromerino@gmail.com

Durante la cirugía ortopédica oncológica de EEl existen complicaciones específicas que dependen de la técnica quirúrgica y comorbilidades del paciente. Tras la resección tumoral, es necesario implantar una prótesis, que puede ser cementada o no cementada. Durante la implantación de la prótesis mediante el uso de cemento óseo es necesario monitorizar de forma estrecha la función cardiopulmonar del paciente con vistas a detectar tempranamente el síndrome de implantación de cemento óseo (SICO). Realizamos la revisión de un caso de un paciente en el que se sospechó SICO. Describimos las características del paciente, presentación clínica intraoperatoria, terapéutica y evolución del mismo. Paciente 80 años con antecedentes de HTA, CI (IAM que requirió la colocación de stent x2, FEVI 49%), DLP, ERC III, fumador y bebedor moderado. Clasificado como ASA III. Programado para resección oncológica compleja de fémur proximal y partes blandas con reconstrucción protésica femoral. Se realizó procedimiento bajo anestesia general tipo TIVA, IOT sin incidencias, monitorización estándar (ECG, PANI, SatO₂, etCO₂, BIS). Durante la intervención, el paciente mostró estabilidad hemodinámica, con un sangrado intraoperatorio de unos 500 ml. Durante la colocación de cemento, mostró hipotensión brusca (hasta 30/20 mmHg), FC 60 lpm, etCO₂ 18 mmHg y BIS 4, por lo que se administró fluidoterapia agresiva (Ringer Lactato 1.000 ml). A pesar de ello, el paciente requirió el inicio de soporte vasoactivo (noradrenalina en BIC) con mala respuesta a pesar de dosis ascendentes (hasta 3 mcg/kg/min). Dada la situación de inestabilidad HD, se decidió interrumpir la cirugía y realizar cierre de herida quirúrgica urgente. El paciente sufrió empeoramiento HD, con bradicardia extrema, iniciándose masaje cardíaco e intensificando el soporte vasoactivo. Tras las maniobras de RCP, mejoró TAM y FC momentáneamente, permitiendo el traslado a la Unidad de Reanimación. A la llegada a UCI se realizó ecocardiograma TT urgente, evidenciando marcada dilatación de cavidades derechas y disfunción VD. Dada la evolución del paciente y los datos evidenciados en la ecocardiografía, la situación clínica se puso en el contexto de SICO. Se solicitó CT torácico, pero el paciente mostró un nuevo empeoramiento HD que impidió su realización. Tras evidenciar la inestabilidad HD refractaria a medidas invasivas y a dosis supramáximas de catecolaminas, y consensuar la situación clínica con la familia, se decide adecuar el esfuerzo terapéutico y cesar con las medidas de reanimación cardiopulmonar. El SICO es una complicación potencialmente fatal de la cirugía ortopédica. La embolización pulmonar a partir de los contenidos intramedulares es la etiología del SICO. Los signos claves de este síndrome son hipoxia brusca, hipotensión y pérdida de conciencia. En un paciente bajo anestesia general es importante un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico temprano.