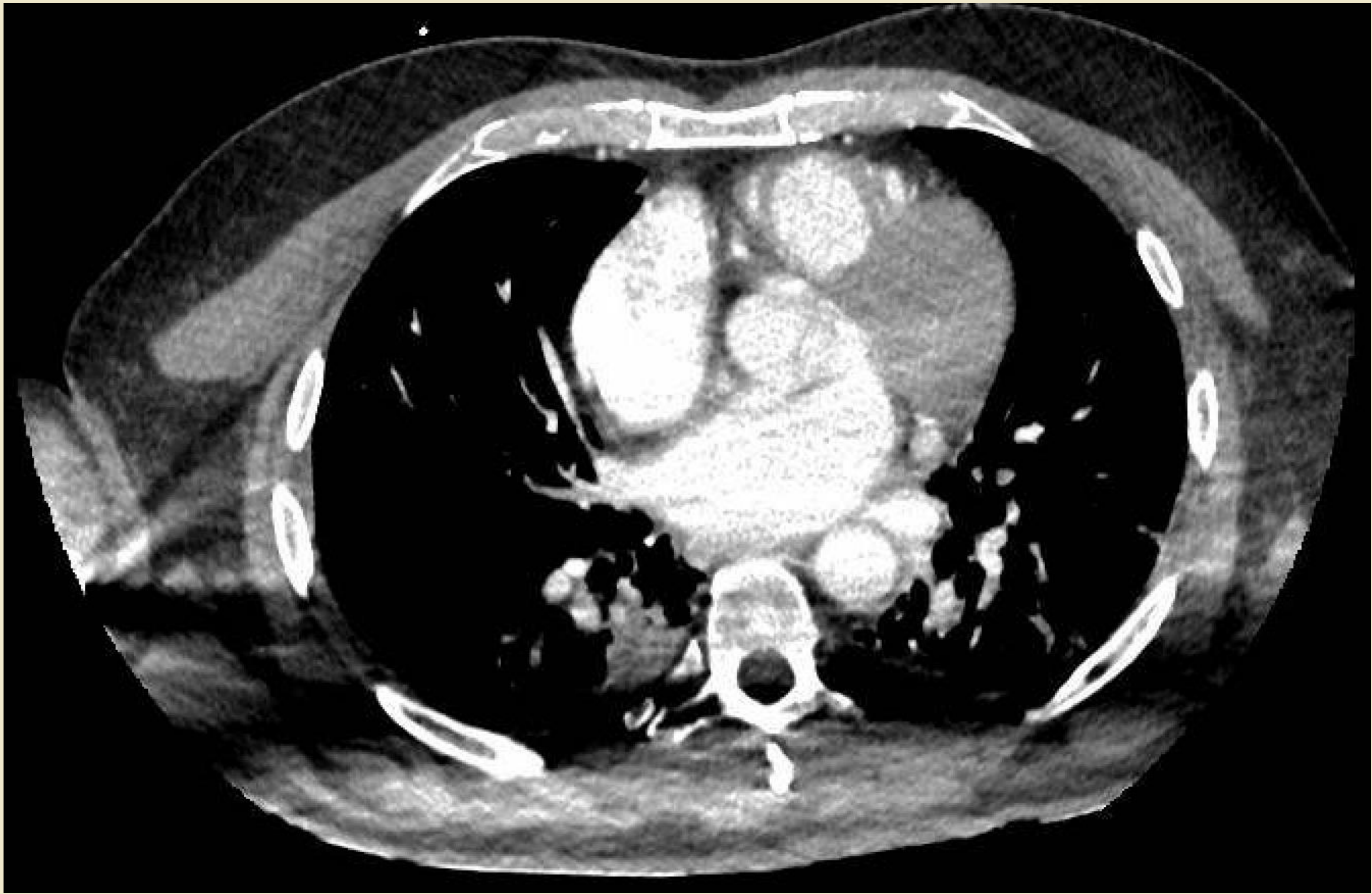


LA ENDOSCOPIA DE COLUMNA. UN PROCEDIMIENTO QUE SE PUEDE COMPLICAR MÁS DE LO QUE PENSAMOS.

Rubén Comerón Franco, Antonio J. Aguilar Martínez, Antonio Rodríguez Rodríguez
Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos:

Presentar un caso de una endoscopia de columna que se complicó con una parada cardiorrespiratoria intraquirófano.



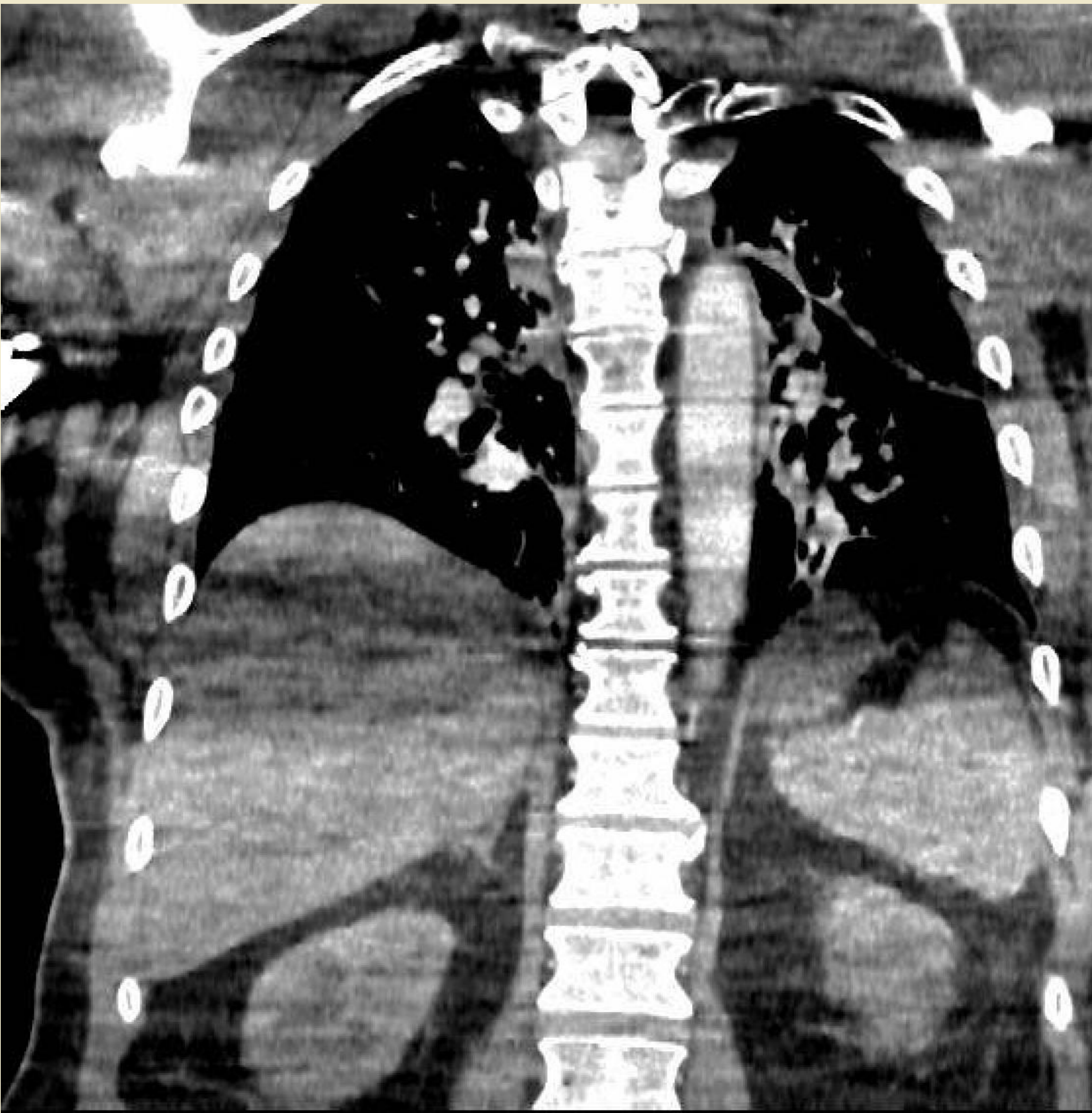
Material y métodos::

Presentamos el caso de un paciente de 58 años sin antecedentes clínicos de interés en el que realizamos de forma electiva una descompresión endoscópica L3-L4 y L4-L5.

Cuando procedimos a despronar al paciente apareció de forma inmediata cianosis y edema en esclavina y TV sin pulso y tras la desfibrilación entró en asistolia. Se iniciaron maniobras de RCP con masaje cardíaco y administración de adrenalina y atropina. Tras 15 minutos de RCP el paciente entró en ritmo mostrando un bloqueo completo de rama izquierda (BCRI), recuperando pulso, tensión arterial (TA) y saturación de O2. Se practica ecografía transtorácica (ETT) por parte del equipo de medicina intensiva ante la sospecha de

Discusión:

El tromboembolismo pulmonar después de una cirugía de columna, aunque es poco común, podría tener un resultado devastador. Aunque el "gold standard" para su diagnóstico es el angioTC, en quirófano la sospecha clínica es clave. Algunos autores han indicado que la posición en prono durante la cirugía de la columna lumbar puede provocar compresión venosa que, junto con la presencia de un catéter venoso central, pueden ser factores de riesgo para este tipo de eventos.



Resultados:

Durante la estancia en la UCI se realizó un angioTC confirmando la existencia de un TEP apreciándose de un defecto de repleción en la arteria para segmento basal posterior del LID, así como ramas subsegmentarias dependientes de pirámide basal, y defectos de repleción proximal de la arteria interlobar con repleción de contraste distal.

Durante su estancia tuvo una evolución favorable donde se pudo realizar un descenso progresivo de soporte vasoactivo hasta la retirada al día siguiente y trasladado a la planta posterior.

El resto del periodo de ingreso el paciente no presentó ninguna secuela neurológica ni física, comenzando la rehabilitación de la cirugía y siendo dado de alta al sexto día tras la cirugía sin ninguna otra complicación y habiendo mejorado la clínica

radicular por la que fue intervenido.