

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en el área, pero su presentación como shock anafiláctico sólo acontece en un escaso porcentaje. Esta manifestación se produce generalmente al romperse el quiste hidatídico, liberando al exterior su contenido. El diagnóstico etiológico es fácil cuando el shock se presenta durante la manipulación quirúrgica del quiste hidatídico.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 52 años, con antecedentes de HTA, DBT 2, AR, con diagnóstico de quiste hidatídico en lóbulo pulmonar superior derecho. Se programa para lobectomía superior derecha. En sus estudios prequirúrgicos fue relevante el resultado de la espirometría, la cual presentó restricción severa. Se preparó para cirugía con albendazol, y se optimizó con indicación de hierro y EPO prequirúrgico.

Se preparó a la paciente realizando una vía periférica de gran calibre, vía central yugular derecha y se procedió a realizar anestesia general TIVA, con intubación selectiva izquierda, analgesia peridural torácica continua, monitoreo hemodinámico invasivo con Vigileo® a través de Flotrac™, y monitoreo de profundidad anestésica con BIS™.

Durante la cirugía, con la paciente en decúbito lateral izquierdo, se realiza ventilación unipulmonar, sin complicaciones. De forma súbita, durante la extracción del quiste, se produjo un episodio de disminución del VT con progresivo descenso de la TA y saturación, como así también descenso progresivo del IC en Vigileo®, que no respondía a aumentos noradrenalina y expansión de volumen con ringer lactato. Tras descartar sangrado o compresión torácica, y persistencia de hipotensión (TA 37/30mmHg), sospechamos Shock anafiláctico y se decidió hacer carga de adrenalina (0.5 mg) y al no responder se completó 0,5 mg más. Se auscultó campo pulmonar declive, el cual no presentaba roncus ni sibilancias. Se decidió colocar infusión de adrenalina, con lo cual la hemodinamia comenzó a mejorar. Transcurridos 15 minutos se decidió continuar con noradrenalina y discontinuar adrenalina.

El periodo de hipotensión/shock duró 10 minutos, tras el cual la paciente logra estabilizarse hemodinámica y ventilatoriamente, por lo cual la cirugía procedió con normalidad, pudiendo extubar a la paciente inmediatamente al finalizar la misma, sin complicaciones, con un adecuado manejo analgésico, hemodinámico, antiemético y sin repercusión neurológica relevante.

CONCLUSIÓN

Dado que en esta cirugía se realizó toracotomía con ventilación unipulmonar, debieron extremarse los controles vitales y el monitoreo invasivo con tal de detectar inmediatamente cualquier cambio hemodinámico que nos sugiriera la complicación mas grave esperada, como es el shock anafilactico. El monitoreo a través de Vigileo® nos permitió advertir de forma inmediata el descenso del IC y tomar una decisión instantánea en el manejo de la situación.