

Sección de casos clínicos

Caso clínico No. 53

Paciente de 37 años de edad, Gesta V, Para IV, Cesáreas 0. Ingresa al hospital el día 29-I-69 a las 14.45 hs. con los siguientes signos vitales: Temperatura 37.4° C, Tensión arterial 130/80 mmHg., Pulso 100/minuto, Respiraciones 24/minuto.

Nota de Admisión: "Tumoración irregular sin límites precisos en comisura derecha de cuello uterino, que no parece invadir cúpula ni parametrios". Se recomienda tomar biopsia y pasarla directamente a expulsión. Diagnóstico: Primer período de trabajo de parto.

29-I-69, 15.15 hs.—Se toma biopsia de tumor en comisura derecha de cérvix para estudio transoperatorio por congelación, pasándose a la enferma a la Sala de Labor.

15.45 hs.—Reporte del Servicio de Anatomía Patológica: "Carcinoma cérvico-uterino invasor". Se programa operación Cesárea, se cruzan 600 ml. de sangre.

29-I-69, 16.30 hs.—*Nota del Servicio de Anestesia (Pre, Trans, y post anestésica).* Enferma que llega al quirófano procedente de labor, con los siguientes signos vitales: T.A. 160/100, Pulso 60/minuto, R. 18/minuto. Para ser intervenida de Cesárea-Histerectomía, con probable Vaciamiento Pélvico por carcinoma cérvico-uterino. Valoración del Riesgo Anestésico-Quirúrgico 5B. Previa instalación de 2 venoclisis con punzocat del # 17, se inició la inducción anestésica con Eponol® 500 mgs. seguidos de

60 mgs. de succinilcolina por vía endovenosa, intubación orotraqueal sin problemas, mantenimiento con Fluothane-Oxido Nitroso-Oxígeno, en circuito semicerrado. Se extrajo un producto del sexo masculino a las 16.45 hs., con Apgar de 8.

Inmediatamente se procedió a realizar Histerectomía con Vaciamiento Pélvico, durante la intervención se presentó hemorragia abundante que se controló con transfusiones sanguíneas y Solución de Hartmann. A las 3.40 hs. de iniciada la anestesia y a pesar de la restitución de volumen sanguíneo, la hemorragia aumentó a tal grado, que la enferma entró en estado de shock hipovolémico. Se practicó venodisección en vena cefálica izquierda para control de Presión Venosa Central. Se administró Reo Macrolex 500 ml. con 44 mEq. de Bicarbonato de Sodio y 3 gramos de Gluconato de Calcio en total. Sangre a presión por 3 vías a pesar de lo cual no se escuchó T.A., ni se palpaba el pulso radial; el pulso carotídeo era débil, con una frecuencia de 50 por minuto.

A las 4.30 hs. de anestesia y de haberse hecho una transfusión masiva se escuchó la T.A. en 120/80 mmHg., Pulso de 100 por minuto, la respiración se mantuvo asistida, suprimiéndose totalmente los gases anestésicos. A las 5.40 hs. de anestesia y después de continuar el sangrado transoperatorio en forma abundante, la enferma volvió a en-

trar en estado de shock. La T.A. no era audible, ni se percibía pulso radial, el carotídeo era débil, con frecuencia de 40 por minuto. La presión venosa central no se registró por estar mal colocado el catéter; se suspendieron nuevamente los anestésicos, oxigenándose exclusivamente a la enferma.

A las 6.20 hs. de anestesia, presenta paro cardíaco detectado clínicamente (anestesiólogo y cirujano), del cual se recuperó con "masaje cardíaco externo", palpándose un pulso carotídeo de 40 por minuto. A las 6.25 hs. de anestesia vuelve a presentar paro cardíaco del que se recupera con masaje cardíaco externo y trans-diafragmático. La operación terminó 6.45 hs. después de haberse iniciado, con la enferma consciente y recuperada. Pulso 100/min. Respiraciones 24 por minuto y P.V.C. 17 cms. de agua.

Se transfundieron durante la operación 6,000 ml. de sangre total, 5,000 ml. de Sol. Glucosada al 5% y 500 ml. de Reo-Macrodex en total 12,100 ml. de líquidos.

Se calculó aproximadamente la pérdida de líquidos en 6,500 ml. No se pudo calcular lo de compresas y gasas por haber sido un número muy grande (300 gasas).

Se mantuvo a la enferma en el quirófano, para su control y vigilancia por el Servicio de Anestesia. La P.V.C. bajó a 9 cm. de agua, luego a 5 y volvió a subir a 9 cm. de agua. A continuación la T.A. descendió a 60/40 mmHg. Se vigiló durante 2.45 hs. en el quirófano notándose sangrado por la herida y por vía vaginal.

Pasó a recuperación consciente, con los siguientes signos vitales: T.A. 60/40, P. 100/minuto, R. 32/minuto, P.V.C. 9 cm. de agua. Desde que se extubó la enferma se le colocó sonda de Saklad nasofaríngea. Se pidieron los siguientes exámenes de laboratorio: Dosificación de Fibrinógeno y tiempo de Protombina, por pensar en cuadro de Hipofibrinogenemia.

Nota de recuperación (30-I-69).—"Se recibe paciente en post-operatorio inmediato, en malas condiciones". Aún cuando se encuentra consciente, se mandaron a efectuar exámenes para detectar tendencia hemorragípara.

30-I-69, 3 hs.—Se continuó pasando sangre total fresca, se pidió paquete de Plaquetas, se administran 6 grs. de fibrinógeno y 10 grs. de Epsilen amino caproico, con lo cual clínicamente se obtuvo mejoría. Reinstalándose la diuresis y se continuó reponiendo el volumen sanguíneo y combatiendo la acidosis.

30-I-69, 4.55 hs. *Nota del Servicio de Anestesia.*—A las 2 hs. se reciben los exámenes de laboratorio, los cuales reportan 72 mgs. de fibrinógeno sanguíneo y 0 de tiempo de protrombina, P.V.C. 6.5 cm. de agua. Se ordena la administración del fibrinógeno y el epsilén amino-caproico ya anotado; transfusión de 1,200 ml. de sangre, 500 ml. de Sol. Hartmann y oxígeno por vía nasal. A las 4.00 hs. la paciente se encontraba con respiración tranquila, pulso palpable, consciente, quejándose de intensa sed. Sangra por sonda uretral, por la venodisección y por la herida. A las 4.30 hs. se presentó vómito abundante con broncoaspiración, se efectuó intubación orotraqueal para realizar "lavado" bronquial, lo cual fue inútil, declarándose la enferma clínicamente muerta a las 4.45 hs.

Diagnóstico Anatomo-Patológico:

Carcinoma Epidermoide cervicouterino invasor, bien diferenciado. Utero Post-gestación. Ovarios y Trompa de Falopio. Adenitis Reticulo Hiperplásica. (No se observan metastasis en ninguno de los ganglios enviados).

COMENTARIO AL CASO CLINICO N° 53

En el caso presentado, varios errores quirúrgicos repercuten injustamente sobre el anesthesiólogo, el que, con un manejo anestésico aceptable, conservó algunas horas la vida de la enferma.

Señalaré brevemente los principales errores quirúrgicos que a mi juicio influyeron en el desenlace fatal;

1o.—Indicación incorrecta: la conducta justa en este caso era practicar una operación cesárea corporal, derivando después a la paciente al hospital especializado de Oncología.

2o.—Errores crasos de técnica quirúrgica: no se justifican a la luz de una buena cirugía, las siete horas de una operación traumática y sangrante.

En cuanto a la actuación del anesthesiólogo considero que debió ser, ante todo, profiláctica, discutiendo razonablemente, con su colega el cirujano, la indicación incorrecta y su incapacidad personal para realizar un acto quirúrgico que no corresponde a su especialidad: (Oncología).

El anesthesiólogo moderno está capacitado para sostener y recuperar una paciente como la que nos ocupa. Esto no significa estar de acuerdo con los errores quirúrgicos, los que conviene resaltar para evitar catástrofes repetidas como la que ocurrió en este caso.

Siendo tan vasto el tema de manejo de este tipo de pacientes, sólo señalaré someramente algunas consideraciones:

Es importante evitar que lleguen a los centros nerviosos estímulos desencadenantes del estado de choque y evitar sus secuelas fisiopatológicas con lo siguiente:

1o.—Bloqueos de la conducción nerviosa periférica.

2o.—Uso de la Hibernación artificial (neuroplejia).

3o.—Sostener en el transanestésico una ventilación adecuada, manteniendo en la sangre arterial una PCO_2 entre 25 y 30 mmHg. y PO_2 en 100 mmHg. o más. Esta ventilación "adecuada", generalmente, implica el uso de relajantes musculares "titulados" y la observación meticulosa de las reglas de ventilación artificial. Todo esto permite el uso mínimo de agentes anestésicos potencialmente depresores y tóxicos.

4o.—Prevención de los trastornos hemorrágicos postquirúrgicos mediante el uso de agentes "anti-sludging", anticoagulantes e inactivadores del sistema fibrinolítico.

5o.—Uso de "reanimadores" celulares: dextrosa hipertónica e insulina.

6o.—Sostenimiento de la ventilación "adecuada" durante algunas horas del postoperatorio, con el uso de ventiladores automáticos (presupone intubación traqueal).

En resumen: La solución de este caso, era convencer al cirujano de no hacer la operación radical. Aunque el anesthesiólogo pudo haber hecho mucho más, su actuación fue, sin embargo; muy superior a la del cirujano.

S. H. P.—México, D. F.