

Colapso y Elongación de la Vena Cava Inferior durante la Corrección Quirúrgica de una Escoliosis Congénita: Un Reporte de Caso

<https://doi.org/10.25237/congreso-2024-006>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Daniela Mistretta Solorza

Unidad de Anestesia, Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna.

Nicolás Valls Jiménez

Unidad de Anestesia, Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción

La corrección quirúrgica de deformidades de la columna vertebral se asocia a morbilidad y mortalidad, con complicaciones intraoperatorias comunes: hemorrágicas, daño neurológico y derivadas de la posición quirúrgica. En este caso, se presenta una complicación vascular severa y atípica durante la corrección de una escoliosis congénita.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente femenina de 13 años, sin comorbilidades, con escoliosis congénita grave. La radiografía preoperatoria mostró seis vértebras lumbares, una hemivértebra L3 fusionada con L4, y una curva escoliótica de 67°. Exámenes preoperatorios normales: hemoglobina de 13,6 g/dl y coagulación sin alteraciones.

Calendario (cronología)

Cronología:

-Preoperatorio: 13 años, escoliosis congénita (67°). -Intraoperatorio: Dos episodios de hipotensión extrema y taquicardia tras maniobras de desrotación; estabilización al revertirla. Modificación del plan quirúrgico (corrección a 37°). -Postoperatorio: Taquicardia persistente. Angio-TAC: Compresión extrínseca de la vena cava inferior (60% reducción del lumen). Manejo conservador.

Plan anestésico

El plan anestésico incluyó anestesia general con TIVA (propofol y remifentanilo), monitorización estándar (ASA), línea arterial, monitor de profundidad y potenciales evocados.

La cirugía se realizó en posición prona, utilizando tornillos pediculares bilaterales de T12 a L5, sin instrumentación en L3 y L6. Durante la maniobra de desrotación para transformar la escoliosis en lordosis, la paciente presentó hipotensión extrema y taquicardia, sin alteración del neuromonitoreo ni potenciales. A pesar de volemiar y administrar vasoactivos, la inestabilidad persistió, llevando a revertir la desrotación, estabilizando así la hemodinámica.

Se intentó nuevamente la desrotación, con el mismo resultado, hipotensión abrupta y taquicardia. Se decidió revertir la desrotación y modificar el plan quirúrgico, corrigiendo parcialmente la curva escoliótica por bandeado in situ de la barra, lo que no originó alteraciones hemodinámicas, del neuromonitoreo, ni potenciales evocados.

La paciente fue extubada sin incidentes. En el postoperatorio inmediato mostró una hemoglobina de 10 g/dl, sin acidosis ni otras alteraciones. La radiografía de control mostró una corrección de la escoliosis a 37°.

En la UTI, la paciente se encontraba vigil, sin dolor, con taquicardia persistente. La hemoglobina de control fue de 9,2g/dl, decidiéndose transfundir 2 unidades de glóbulos rojos.

Dada la alteración observada durante el intraoperatorio y la persistencia de la taquicardia, se sospechó una compresión vascular secundaria a la desangulación de los cuerpos vertebrales. El Angio-TAC reveló una compresión extrínseca de la cava inferior, infrarrenal, a nivel de L2-L3, reduciendo el lumen en un 60%, con flujo conservado. El ecocardiograma resultó normal, sin obstrucción del retorno venoso, optándose por un manejo conservador.

Discusión y Conclusiones

Las complicaciones vasculares en este contexto son difíciles de diagnosticar oportunamente, ya que pueden no estar relacionadas con una lesión directa. Este caso destaca una complicación vascular atípica y potencialmente mortal, donde la maniobra de desrotación de la columna provocó hipotensión extrema y taquicardia, secundario a la compresión mecánica de la vena cava inferior. La reversión de la desrotación corrigió la inestabilidad hemodinámica, subrayando la importancia de la comunicación efectiva, flexibilidad en la estrategia operatoria y un alto nivel de sospecha clínica. Este caso contribuye al entendimiento de complicaciones vasculares raras en la cirugía de escoliosis, sirviendo de referencia para la anticipación y manejo de situaciones similares.

Contacto

Nombre: Daniela Mistretta

Correo electrónico: dmistretta@calvomackenna.cl / danimistretta@gmail.com