

Eposter nro 5977282

Título: Parálisis Diafragmática Posterior A Colocación De Catéter En Vena Subclavia

Autores: Cárcar, Manuel; Baca, Delfina; Miretti, Robertino; Chiesa, Paula. Hospital Rivadavia, Buenos Aires, Argentina ;

Introducción: Se presenta un caso clínico de parálisis hemidiafragmática derecha luego de múltiples intentos de colocación de un acceso venoso subclavio sin guía ecográfica.

Caso: Paciente masculino de 67 años de edad en plan quirúrgico para resección de tumor de cerebelo. Antecedentes: paciente hipertenso controlado medicado con enalapril. Los estudios prequirúrgicos no presentan ninguna alteración incluyendo radiografía de tórax, electrocardiograma y laboratorio (hemograma, uremia, creatinina e ionograma). Se realiza monitoreo básico, pre oxigenación e inducción con fentanilo, propofol y atracurio. Mantenimiento con sevoflurano al 1% y remifentanilo 0,3 mcg/kg/min. Se decide colocar acceso venoso subclavio bajo referencias anatómicas, luego de múltiples intentos fallidos se coloca acceso venoso femoral y continúa la cirugía sin complicaciones. Analgesia multimodal con dexamentasona, ketorolac, y morfina como analgesico post operatorio. No se observan alteraciones en el monitoreo intraoperatorio. Luego del despertar, se realiza radiografía de tórax, descartándose neumotórax y se evidencia elevación hemidiafragmatica homolateral al sitio de punción subclavio. El paciente niega síntomas e ingresa a UTI para monitoreo postoperatorio presentando saturación de O₂ de 97% a aire ambiente. A las 48 horas se realiza nuevamente una radiografía de tórax observándose descenso de hemidiafragma derecho. Luego de descartar otras causas, el hallazgo fue interpretado como parálisis hemidiafragmatica derecha como consecuencia de la punción subclavia.

Discusión: La parálisis diafragmática post punción para colocación de catéter venoso central es una complicación poco reportada en la literatura[1]. Generalmente, consiste en un hallazgo que no suele generar desestabilización en pacientes sanos y suele revertir en cuestión de días. Sin embargo, la misma debería ser tenida en cuenta ante pacientes con disminución de la capacidad pulmonar. Las hipótesis que explicarían la parálisis del nervio frénico relacionada a la punción de la vena subclavia y de la vena yugular interna son: Traumatismo directo del nervio a través de la aguja. Compresión del nervio por hematoma. Bloqueo nervioso por la administración de lidocaína [2] Catéter rígido que incide sobre la delgada pared venosa y comprime el nervio frénico. En este caso se presume que pudo deberse a una punción directa del nervio o a la compresión del nervio por un hematoma tras la punción inadvertida de la arteria subclavia.

Conclusión: El uso rutinario de la ecografía para guiar la colocación de vías centrales debe implementarse ya que disminuye el riesgo de complicaciones