SOPORTE EXTRACORPÓREO EN FALLA VENTRICULAR DERECHA AGUDA CAUSADA POR COMPRESIÓN TUMORAL MEDIASTÍNICA: REPORTE DE CASO

NELSON PEREZ-CASTRO[1], JOAQUIN BOUTAUD[2], SERGIO FUENZALIDA-SOTO[2], DANIEL VALENZUELA[2], SEBASTIAN BRAVO[2], Alejandro Bruhn[2], Orlando Diaz[3], Glenn Hernandez[4]

1. HOSPITAL CLINICO UC CHRITUS
2. HOSPITAL CLINICO UC CHRISTUS
3. hospital clinico uc chritus
4. Hospital clinico Uc chritus

INTRODUCCIÓN Los tumores del mediastino anterior son causas reconocidas de obstrucción vascular y de las vías respiratorias extrínsecas. El colapso respiratorio y hemodinámico repentino no es infrecuente. El uso de oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha descrito como alternativa puente que permite estabilizar la hemodinamia y facilitar la administración de radioterapia y/o quimioterapia con el fin de lograr citoreducción. CASO CLÍNICO Mujer de 45 años sin antecedentes mórbidos, con cuadro clínico de 1 año de evolución de dolor torácico precordial de carácter punzante, sin irradiación, asociado a disnea. Consulta en varias oportunidades con diagnóstico de trastorno ansioso. Progresa con diaforesis y anorexia importantes, baja de peso no cuantificada. Dado persistencia del cuadro se realiza TC tórax abdomen y pelvis con contraste informando posible proceso linfoproliferativo en mediastino anterior. Dado empeoramiento de síntomas decide consultar en urgencias. Paciente ingresa hemodinámicamente estable, taquicárdica hasta 140 lpm y disneica. Ingresa a UTI para continuar estudio y tratamiento, en ecoscopía de ingreso destaca derrame pericárdico con signos de taponamiento inminente, por lo que se realiza pericardiocentesis e instalación de drenaje pericárdico. Paciente evoluciona con hipotensión requiriendo apoyo con noradrenalina(NAD) hasta 0.2 ug/kg/min, aumento de requerimientos de oxígeno por CNAF y alteración de pruebas hepáticas y renal, por lo que se decide traslado a UCI. Se realiza nueva ecoscopía donde se objetiva dilatación de ventrículo derecho, septo paradojal y flujo reverso suprahepático. Se decide conexión a ECMO V-A en contexto Shock obstructivo por compresión extrínseca tumoral del tronco de arteria pulmonar(TAP). Se realiza biopsia por videotoracoscopía, con resultado histopatológico de Linfoma no Hodgkin de células B, por lo que se decide radioterapia de rescate conectada a ECMO. Evoluciona favorablemente, con mejoría de falla ventricular derecha, logrando suspender vasoactivos y oxígeno, control imagenológico con disminución de masa tumoral y aumento de calibre de TAP, por lo anterior se desconecta de ECMO al séptimo día. Paciente actualmente sin repercusiones del punto de vista hemodinámica con recuperación de función ventricular y reducción significativa de masa mediastínica. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN El uso de soporte circulatorio como ECMO V-A en una alternativa de rescate atípica, viable en centros con la capacidad y experticia, en caso de falla ventricular derecha secundario a tumores mediastínicos, como terapia puente a terapias citoreductoras. En este caso destaca la capacidad de poder mantener a la paciente vigil en todo momento a la conexión a ECMO, lo que permitió evitar ventilación mecánica invasiva de forma innecesaria, evaluar directamente disnea en la paciente y a la vez lograr una terapia oncológica eficaz permitiendo la desconexión del ecmo , disminuyendo la morbimortalidad en este grupo de pacientes.