



SD.DE HIPERPERFUSIÓN PRECOZ GRAVE EN PACIENTE CON ECMO.

C.Carmona Vela.J.M Vignau Cano.A.J. Bermúdez García.E.Rueda Gomariz.T. Daroca Martínez.Servicio de CICA.Hospital Univ.Puerta del Mar.Cádiz.

Caso:

Shock cardiogénico refractario 2º a IAM.Se le implanta una ECMO VA con canulación arterial por arteria axilar dcha.mediante un tubo de Dacron realizando una anastomosis perpendicular de 90º.A las 5 horas presenta severa edematización del MSD con flictenas, ausencia de pulso y mano en garra compatible con sd.de Volkman.Se realizó de forma emergente fasciotomía extensa desde el carpo hasta el tercio proximal del brazo derecho y se cambió la canulación arterial a la arteria femoral derecha.

Resultados:

El MSD se recuperó y la ECMO se consiguió retirar a las 3 semanas.

Conclusiones:

El sd.de hiperperfusión(SHP) en el MS se produce en un 25% de los pacientes con canulación arterial por arteria subclavia o axilar,es casi exclusivo de ésta y generalmente es tardío.Causas:

- Por obstrucción al flujo de salida arterial y venoso
- Por los problemas técnicos asociados con la realización de la anastomosis entre el injerto y la arteria axilar.
- Por el hematoma compresivo en el espacio circundante.

Existen técnicas asociadas a la canulación de la arteria subclavia para evitarlo.Utilizando bandas restrictivas"banding" distales al sitio de la canulación para reducir el diámetro de la arteria y algunos autores recomiendan que la anastomosis sea más oblicua(de 45º) . También se podría anudar sobre el dilatador de Hegar de 3mm.

