Rev Esp Cardiol. 2013;66 Supl 1: 992

Revista Española de Cardiología

6018-592. PAPEL DE LA ECMO VENOARTERIAL EN EL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR MASIVO: EL COMIENZO DE UNA NUEVA ERA

Miguel Llano Cardenal, Ángela Canteli Álvarez, Cristina Castrillo Bustamante, Virginia Burgos Palacios, Marta Ruiz Lera, Manuel Cobo Belaustegui, Inmaculada García-Montesinos de la Peña y José Aurelio Sarralde Aguayo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander (Cantabria).

Resumen

Introducción: La base del tratamiento del TEP es la anticoagulación y en casos seleccionados se puede realizar fibrinolisis. La trombectomía pulmonar sigue recomendándose de rescate si las medidas anteriores fracasan. Sin embargo, conlleva una elevada morbimortalidad, no está disponible en todos los centros y la situación de los pacientes frecuentemente la contraindica. La ECMO VA es especialmente útil en este escenario al aportar soporte circulatorio y respiratorio. A continuación exponemos nuestra experiencia en el TEP masivo.

Métodos: Desde el 2009 hemos implantado 53 ECMO VA a 50 pacientes con patologías cardiacas. De los cuales, 3 se han empleado en tres pacientes con TEP en situación de *shock*. Describimos las características y evolución comunes y posteriormente las particularidades de cada uno de los casos.

Resultados: Características comunes: 100% varones; dispositivo utilizado: Maquet PLS®, oxigenador Quadrox PLS®; implante femoral percutáneo y cánula de perfusión distal; régimen de anticoagulación: heparina sódica endovenosa y tiempo transcurrido desde el implante hasta su iniciación:48 horas en el caso 1 y 12 horas en los otros dos; terapia antibiótica anticipada con daptomicina y piperaciclina-tazobactam (salvo el 3, ertapenem);duración media de asistencia:5,1 días (máxima 6.4) y en todos los casos se pudo retirar el dispositivo por recuperación. El caso 1 (36 años) precisó puntos de sutura arterial y politransfusión por coagulopatía (fue fibrinolisado). Además, insuficiencia renal sin necesidad de terapia sustitutiva, infección respiratoria (único germen, Candida albicans) y neuropatía de la pierna derecha. El caso 2 (46 años) no fibrinolisado por cirugía reciente, únicamente presentó bacteriemia por Enterococcus faecalis; en el caso 3 (43 años), fibrinolisado, reparación de la arteria femoral común derecha en el explante (acceso vascular complejo). Los tres pacientes fueron dados de alta en situación estable y siguen vivos tras un tiempo medio de seguimiento de 19 meses.

Conclusiones: Nuestra experiencia en soporte circulatorio con ECMO-VA en pacientes inestables con TEP masivo es muy prometedora en un contexto clínico de pronóstico infausto. El implante periférico no está contraindicado con fibrinolisis reciente, sino que además mejora la supervivencia y debería considerarse su inclusión en el algoritmo terapéutico del TEP masivo como alternativa a la trombectomía urgente.