

EMBOLISMO CARDIACO DE CEMENTO TRAS INTERVENCIÓN PERCUTÁNEA DE FRACTURAS VERTEBRALES OSTEOPORÓTICAS.

Mills S. Pizones Arce FJ. Merino Rueda LR. Talavera Buedo G.
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN

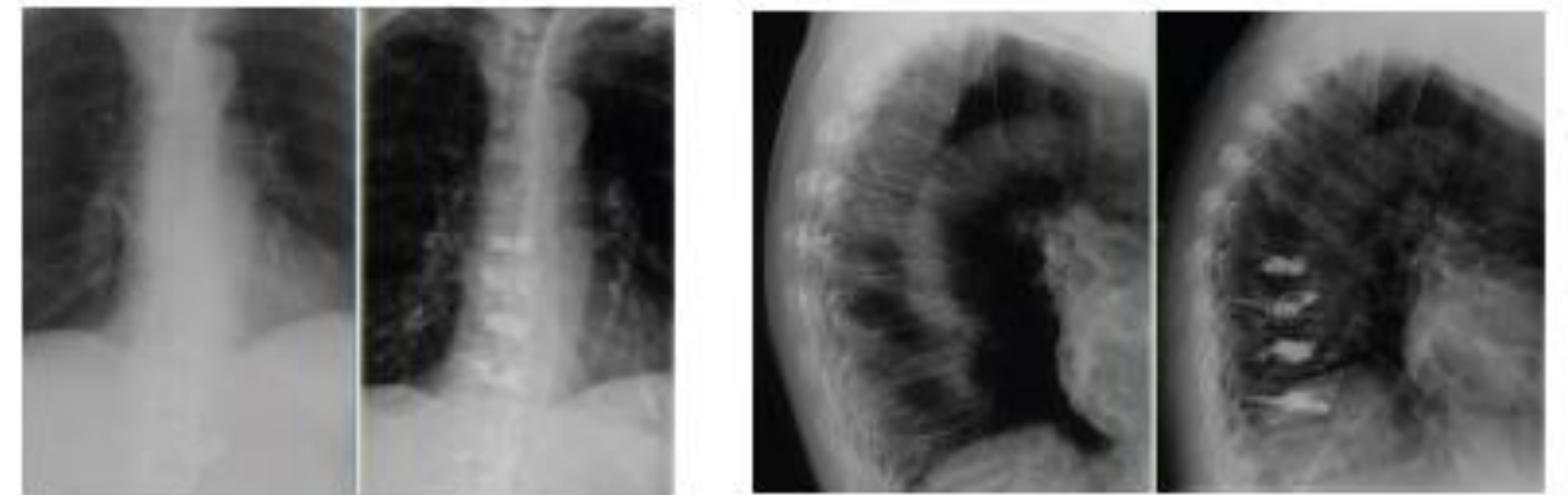
Entre las complicaciones de la cementación percutánea encontramos la embolia de cemento a la circulación pulmonar, cuya incidencia es del 2-26%; la mayoría de ellas con curso subclínico.

OBJETIVOS

Sin embargo, la embolia a las cavidades cardiacas es muy poco frecuente y su repercusión clínica y tratamiento son muy variables y no están estandarizados. Presentamos un caso de vertebroplastia con fuga de cemento a pulmón y ventrículo derecho.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 84 años con dolor dorsolumbar subagudo sin traumatismo previo. La radiografía muestra fracturas vertebrales por fragilidad a diferentes niveles y de distinta cronología. La RM revela fracturas hiperintensas-STIR (agudas) en D9 y D11.



Imágenes radiográficas pre y postoperatorias

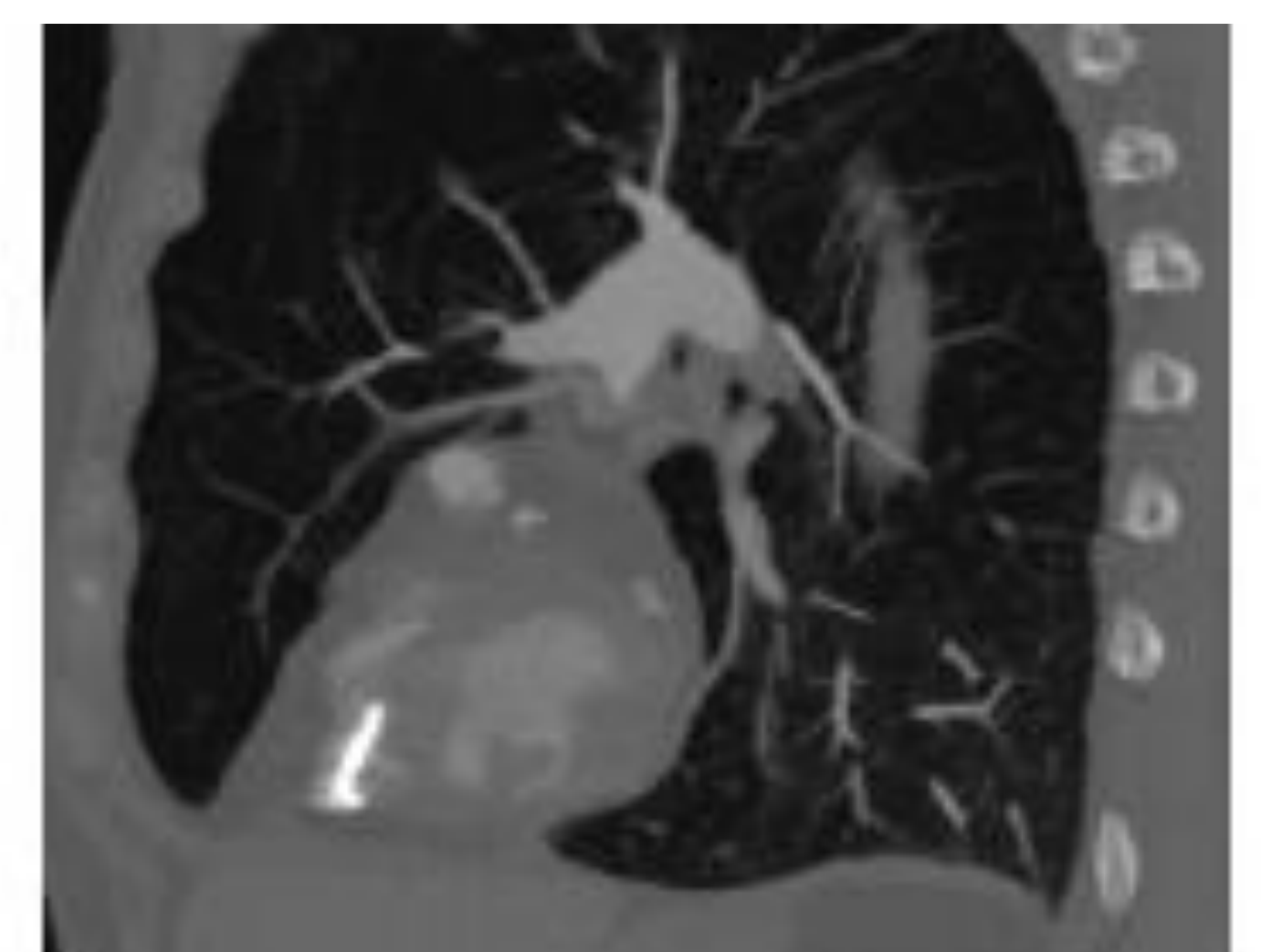
Se realiza una cifoplastia en D9 y D11 y vertebroplastia de las vértebra adyacente D8, y la intermedia, D10. El postoperatorio inmediato transcurre con normalidad. Un día después, al sentarse, inicia una dorsalgia aguda. Se descarta una nueva fractura con una radiografía, pero ésta muestra elementos radioopacos en ambos campos pulmonares.



Constantes vitales tras la aparición de dolor postoperatorio

Se despierta la sospecha de embolia de cemento, acompañada con una oximetría del 82% y un D-Dímero de 6347 ng/mL.

El angioTC de arterias pulmonares objetiva múltiples embolismos por cemento pulmonares subsegmentarios en el pulmón derecho y un émbolo alojado en el ápex del ventrículo derecho de 20x4mm.



El ecocardiograma lo localiza imbricado en el tabique septal del ventrículo. Dada la normalidad del estado hemodinámico, los cardiólogos recomiendan no extraerlo, porque el daño muscular sería intenso y podría acompañarse de repercusión hemodinámica. Se inicia oxigenoterapia y anticoagulación terapéutica con HBPM. En los días siguientes, el paciente padece un gran hematoma espontáneo subcutáneo dorsal que precisó de reajuste de anticoagulación y transfusión de concentrados hemáticos.

RESULTADOS

Tras dos años de seguimiento, el paciente permanece asintomático y con anticoagulación parenteral a dosis terapéuticas en su domicilio.

CONCLUSIONES

El hecho de que una embolia cardiopulmonar tras cementación percutánea sea un evento infrecuente, no implica que pueda pasarse por alto. Debemos permanecer alerta en el postoperatorio ante la aparición de dolor pleurítico agudo, insuficiencia respiratoria o alteraciones hemodinámicas. Ante la sospecha, se debe investigar con prontitud y aunque este caso se manejó de manera conservadora, la literatura describe dos casos que precisaron tratamiento quirúrgico urgente.