

FIBRILACIÓN VENTRICULAR EN UNA “CIRUGÍA MENOR”: TAKOTSUBO INVERSO COMO CAUSA INESPERADA DE PARADA PERIOPERATORIA BAJO SEDACIÓN

J Llopis-Lorente, H Hernández Durán, J Fernández Hebrero, JR Tercero Hidalgo, E Madrid Martínez, P Argente Navarro

Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

OBJETIVO

- Describir un caso de **parada cardiaca perioperatoria** en una cirugía menor bajo **anestesia local con sedación**, cuya etiología final fue un **síndrome de Takotsubo inverso**, y resaltar claves prácticas para su reconocimiento y manejo inicial.

CASO CLÍNICO

- Mujer 52 años. Sin alergias medicamentosas.
- FRCV: HTA. No DM. No DL. Exfumadora.
- AP: síndrome depresivo; bypass gástrico (2020); cesárea.
- Tto habitual: valsartán, omeprazol, lormetazepam, vortioxetina.
- Cirugía programada: **extirpación de lipoma** (local + sedación).
- Entrada a Qx: RS 80 lpm; TA 140/70; SatO₂ 99% AA.

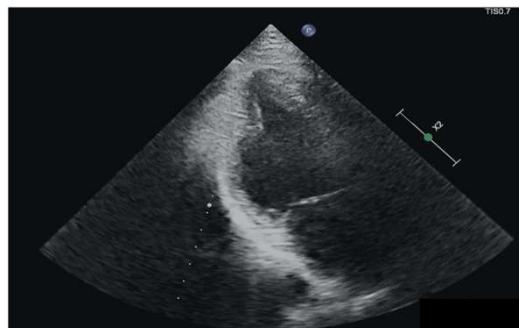


Figura 1. Ecografía a pide de cama realizada inmediatamente tras el episodio, evidenciando hipoquinesia de todos los segmentos basales con contractilidad preservada en los segmentos apicales. Además se observó disfunción sistólica leve. ECG sin alteraciones relevantes.

Evento intraoperatorio

- Sedación: **midazolam 2 mg + fentanilo 0,1 mg IV**.
- **VF inmediata** en monitor (consciencia inicial conservada) → Rápido deterioro del nivel de consciencia.
- **RCP avanzada + IOT**.
- Evolución a **TV polimórfica tipo Torsades de Pointes**.
- **3 desfibrilaciones 200 J**.
- **Amiodarona 300 mg + sulfato de magnesio 500 mg**.
- Recuperación circulación espontánea: RS ~100 lpm.
- Se suspende la cirugía → se traslada a **UCI para estudio por Cardiología**

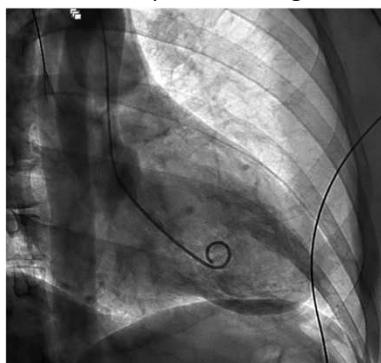


Figura 1. Ventriculografía realizada al día siguiente del evento. Se observan hallazgos típicos de un síndrome de Takotsubo inverso (hipocinesia de segmentos basales con contractilidad apical preservada). La arteriografía mostró arterias coronarias sin lesiones.

CONCLUSIONES

- **Papel del anestesiólogo:** la **vigilancia continua** y el **reconocimiento inmediato del ritmo**, junto con la capacidad de iniciar **desfibrilación precoz** y un **SVA de alta calidad**, son determinantes para optimizar la reanimación inicial y mejorar el pronóstico del paciente.
- **Seguridad del paciente:** Este caso refuerza que los eventos críticos, aunque infrecuentes, son **tiempo-dependientes**; por ello, incluso en procedimientos sencillos, la sedación y la atención en quirófano debería realizarse con **presencia de un anestesiólogo por quirófano**.