

Respuesta a 'El ventrículo derecho en cirugía cardíaca'

Response to 'The right ventricle in heart surgery'

Sr. Director:

Quisiera agradecer a los doctores M. Molina, R. Amézaga, A. Colomar y M. Riera del Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España, sus felicitaciones en relación con el artículo publicado en su revista «Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardíaco en el postoperatorio de cirugía cardíaca»¹ por sus palabras, al considerar que «son unas guías de gran interés» que «será de gran utilidad para todos los intensivistas dedicados a la atención del paciente operado de cirugía cardíaca» y también por las puntualizaciones realizadas en su carta.

En relación con esas puntualizaciones, quisiera aclarar a título personal, que, efectivamente, en el trabajo antes mencionado no se ha abordado la relación entre ventilación mecánica y fallo cardíaco, a pesar de su importancia y de la conocida interdependencia corazón-pulmón, especialmente en situaciones de disfunción y fracaso ventricular derecho. Las razones, a mi entender, han sido 2. La primera, porque el objetivo principal de dicho trabajo era intentar aclarar algunos de los aspectos más controvertidos en el síndrome de bajo gasto cardíaco en el postoperatorio de cirugía cardíaca, basándose en una revisión bibliográfica exhaustiva,

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.02.007>

y establecer unas recomendaciones de actuación según las evidencias científicas actuales. Revisar y actualizar todos los factores implicados habría sido obviamente mejor, pero también habría significado un trabajo de más largo alcance. Baste mencionar, a modo de ejemplo, que la revisión bibliográfica del manejo farmacológico implicó la lectura de más de 200 artículos, incluidos aquellos iniciales que sentaron las bases para el uso de los vasopresores, buscando las máximas evidencias científicas que habían llevado a la comunidad científica a administrar y recomendar unos u otros. La segunda razón está en consonancia con la primera, ya que, teniendo presente el objetivo principal y que nuestro trabajo debía tener una extensión limitada, había aspectos (también sumamente importantes, como es el caso de la ventilación mecánica en el fallo cardíaco) que no eran tan prioritarios por ser menos controvertidos: gozar de mayor consenso en su manejo y abordarse periódica y ampliamente en los excelentes cursos sobre ventilación mecánica que se realizan anualmente en nuestro país.

Bibliografía

1. Pérez Vela JL, Martín Benítez JC, Carrasco González M, de la Cal López MA, Hinojosa Pérez R, Sagredo Meneses V, et al. Guías de práctica clínica para el manejo del síndrome de bajo gasto cardíaco en el postoperatorio de cirugía cardíaca. *Med Intensiva*. 2012;36:e1-44.

M.D. Carrasco

Unidad Postoperatoria de Cirugía Cardíaca, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España
 Correo electrónico: mariadcarrasco@hotmail.com
<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.07.008>

Consideraciones acerca del síndrome de capillary leak sistémico

Issues about systemic capillary leak syndrome

Sr. Director:

En relación con la carta científica recientemente publicada en su revista «Síndrome de *capillary leak* sistémico: descripción de un caso»¹, nos gustaría hacer algunas consideraciones:

Los pacientes con síndrome de *capillary leak* sistémico (SCLS) presentan cuadros agudos definidos por la característica tríada de hipotensión, hemoconcentración e hipoalbuminemia, habiendo descartado albuminuria significativa. Llama la atención la presencia de hiponatremia grave (115 mEq/l) que no se describe habitualmente en esta entidad.

Se estima que un 79-82%² de los pacientes con SCLS presentan una gammopatía monoclonal de significado incierto (GMSI). La presencia de una paraproteína en el suero de pacientes con un cuadro compatible hace el diag-

nóstico de SCLS más probable. Los autores no describen haber solicitado un proteinograma, aunque se realiza una biopsia de médula ósea que suponemos con esta finalidad.

Se han descrito varios *triggers* como las infecciones víricas (principalmente de vía respiratoria alta) hasta en tres cuartas partes de los pacientes, como apuntan los autores, así como la menstruación o un esfuerzo físico importante³. Sin embargo, la presencia de un hemocultivo positivo para *Pseudomonas aeruginosa* es un hallazgo poco aclarado por los autores, que deriva la sintomatología hacia otra entidad para la que habría sido necesario iniciar tratamiento antibiótico empírico desde el principio, aspecto al que no hacen referencia.

En la fase inicial, «*leak phase*», el tratamiento consiste en la expansión juiciosa de volumen y el uso de vasopresores con el objetivo de prevenir el daño orgánico por hipoperfusión. Algunos autores^{2,4} recomiendan una estrategia conservadora en la reposición de volumen, con el objetivo de mantener una presión venosa central en torno a 4-8 mmHg (la mínima que permita una adecuada perfusión tisular), para así prevenir las secuelas derivadas de la fase inicial, así como el agravamiento de los síntomas de la «fase

de reclutamiento». Dicho esto, nos parecería importante conocer con qué tipo de monitorización y con qué objetivos hemodinámicos se realizó la reanimación de este paciente que requirió 16 l de volumen en las primeras 48 h, y, con esta estrategia, qué presión intraabdominal tenía que pudiera contribuir al fallo orgánico.

Por último, los autores describen que el paciente presentó hiperpotasemia en 2 ocasiones, una de las cuales pudo ser causante de la parada cardíaca que el paciente presentó. El SCLS se ha asociado a insuficiencia renal aguda en el contexto de depleción de volumen intravascular con hipoperfusión renal y necrosis tubular aguda secundaria y en el contexto de rabiomólisis. Se ha descrito también una parada cardíaca en el contexto de la rápida liberación de potasio tras una fasciotomía, debido a la reperfusión muscular⁵. Cabe preguntarse si el paciente presentaba una insuficiencia renal establecida o se trataba de una rabiomólisis y si el inicio precoz de sustitución renal hubiera podido mejorar el pronóstico.

Se han publicado menos de 150 casos de SCLS en la literatura médica, probablemente el mayor conocimiento de esta entidad, junto con las mejoras en el soporte y la profilaxis de las recurrencias, contribuyan a mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

Agradecimientos

A la Doctora Rita Galeiras por su colaboración.

Bibliografía

1. Arnaiz V, de la Serna A, Rivas RA, Ruiz AR, Zugazabeitia G, Cornago JI. Síndrome de capillary leak sistémico: descripción de un caso. *Med Intensiva*. 2012;36:238-9.
2. Druey KM, Greipp PR. Narrative review: the systemic capillary leak syndrome. *Ann Intern Med*. 2010;153:90-8.
3. Gouseff M, Arnaud L, Lambert M, Hot A, Hamidou M, Duhaut P, et al. The systemic capillary leak syndrome: A case series of 28 patients from a European registry. *Ann Intern Med*. 2011;154:464-71.
4. Kapoor P, Greipp PT, Schaefer EW, Mandrekar SJ, Kamal AH, Gonzalez-Paz NC, et al. Idiopathic systemic capillary leak syndrome (Clarkson's Disease): The Mayo Clinic Experience. *Mayo Clin Proc*. 2010;85:905-12.
5. Perry J, Balasubramanian S, Imray C. Systemic Capillary Leak Syndrome resulting in compartment syndrome and the requirement for a surgical airway. *Anaesthesia*. 2009;64:679-82.

B. Besteiro Grandío*, A. Vázquez González,
M. Madruga Garrido y M. Mourelo Fariña

*Servicio de Medicina Intensiva, Complejo Hospitalario
Universitario A Coruña, A Coruña, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: beatriz.besteiro@gmail.com

(B. Besteiro Grandío).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2012.04.009>