

del mismo. Se plantea la posibilidad de la realización de una técnica regional como complemento de la anestesia general tanto para el manejo del dolor intraoperatorio y postoperatorio como para la optimización del lecho de reimplante. Se decide la utilización de técnica supraclavicular continua con catéter Contiplex ecoguiada. Luego de la inducción anestésica e intubación orotraqueal se realiza antisepsia de la zona, se coloca el transductor y el abordaje en plano de lateral a media realizando la inyección en el Corner Pocket de 2 mg/kg de Bupivacaina al 0,25% y colocando el catéter. Se instala una infusión continua de bupivacaina 0,1% 5 ml/hr. Luego de la intervención se continua con la infusión en la UTIP. En cada reingreso del paciente a quirófano se realiza una inyección de Bupivacaina y se continua con la infusión a través del catéter. El paciente presenta tanto durante la cirugía como en la UTIP mínimos requerimientos de opioides e hipnóticos sin presentar signos de analgesia insuficiente (TA y FC).

**Información adicional:** El abordaje supraclavicular del plexo braquial es una técnica de conocida eficacia anestésica para la cirugía del miembro superior, la posibilidad de realizar la colocación de un catéter bajo guía ecográfica resulta una estrategia de singular utilidad en el caso de pacientes que requerirán múltiples intervenciones quirúrgicas en la zona afectada.

**Comentarios y discusión:** Las técnicas de anestesia regional son válidas en la población pediátrica, presentando similares beneficios que en la población adulta. En el caso de nuestro paciente otorga un beneficio adicional en la prevención de la aparición del dolor por miembro fantasma en caso de un reimplante fallido y en la minimización del requerimiento de opioides durante su estancia en UTIP.

**Palabras clave:** Anestesia regional continua; Pediatría; Bloqueo supraclavicular; Reimplante de miembro

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.007>

P-07

**Bloqueo regional anestésico guiado con ultrasonografía, nervio femoral, obturador y femorocutáneo**

A. Torsiglieri, F. Casella, J.M. Gorrassi

*H.I.G.A. San Felipe, San Nicolás De Los Arroyos. Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** El avance tecnológico permitió alternativas en el manejo anestésico-analgésico de los pacientes. Con la introducción de la ultrasonografía en anestesia regional han mejorado la tasa de éxitos, disminuido las complicaciones, logrando visualizar la difusión del anestésico, guiar a tiempo real la aguja, disminuir el número de intentos de punción. Ganando popularidad en los últimos 15 años.

**Descripción del caso:** Paciente masculino, 45 años, 100kg, estatura 170cm. Cuadro de 5 días de evolución de dolor progresivo, eritema y tumefacción dolorosa en muslo derecho. Se decide conducta quirúrgica. En quirófano: FC 115 lpm, FR 16, T° 38,5°C, TA 160/70 mm Hg, SaO2 95%. Se observa desdentado, AP de 4cm. Mallampati 3, Patil 5cm, movilidad cervical de 90°. DBT 2 medicado con metformina 1000mg/día, HTA medicado con enalapril 20mg/día. Se explica procedimientos a realizar y se niega al bloqueo nuero-axial, por dolor lumbar y mala experiencias

en cirugías previas, se le ofrece bloqueo regional ecoguiado como alternativa anestésica/analgésica se obtiene consentimiento (se explican procedimiento, beneficios y riesgos). Se prepara mesa de bloqueo, solución de lidocaína c/ epinefrina 1,5% más bupivacaina 0,125% y antisepsia del equipo. Se premedica con fentanilo 100 mcg, midazolam 4mg, Campbell con FiO2 40%, asepsia de la región a bloquear, guiado con ultrasonografía en plano, reconocimiento de la anatomía sonográfica y visualización de la aguja, bloqueo nervio femoral 16 ml, nervio femorocutáneo 10 ml y nervio obturador 10 ml, bien tolerado. A los 20 min se realiza procedimiento quirúrgico; drenaje de absceso, retiro de placa y tornillo de diáfisis de fémur realizado por servicio de traumatología, duración 140 min. Paciente pasa a sala, se realiza control del dolor POP.

**Información adicional:** La ecografía se ha convertido, en una herramienta de inestimable ayuda para el anesthesiologo y los profesionales implicados en los procesos de anestesia y dolor. Sin duda que se trata de una técnica costosa y que requiere entrenamiento, sin embargo, por las múltiples ventajas que le ofrece a la anestesia regional, será la técnica de elección en un futuro.

**Comentario y discusión:** El bloqueo eco-guiado permitió llevar a cabo la cirugía, logrando una analgesia POP, como alternativa al bloqueo nuero-axial y Anestesia general. Disminución del uso de opioides, rápida recuperación, deambulación y menor estadía.

En nuestra institución los bloqueos eco-guiados han permitido, anestesia y analgesia en todo tipo de cirugías con alta tasa de éxito y mínimo efectos adversos.

**Palabras clave:** Dolor; Anestesia regional; Ultrasonografía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.008>

P-08

**Parálisis diafragmática prolongada e insuficiencia respiratoria luego de bloqueo interescalénico**

G. Mansilla, F.J. Carlucci, O. Sueldo, K.T. Chung, H. Trigoso

*Hospital Universitario Austral, Pilar. Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La analgesia regional permite un mejor control del dolor post-operatorio, el ahorro de opiodes y menor tiempo de hospitalización. El bloqueo interescalenico del plexo braquial ecoguiado es una técnica segura y con alta tasa de éxito para analgesia en cirugías de hombro. Una complicación descripta es la parálisis diafragmática, que suele ser transitoria y asintomática.

**Descripción del caso:** Presentamos el caso de una mujer de 53 años, 86 kg, (BMI 30,8) extabaquista (15 p/y), ASA II que se presentó para una cirugía programada de manguito rotador. Se realizó anestesia general balanceada. Luego se localizó el plexo braquial a nivel interescalénico con transductor lineal (Sonosite Lite II), asepsia de la zona con clorhexidina alcohólica al 2%, se administró con aguja de 50 mm y bajo visión directa 20 ml de bupivacaina al 0,5%, rodeando las raíces del plexo. En UCPA la paciente evoluciona con disnea, desaturación (82%), silencio auscultatorio en hemitórax derecho y requerimientos de O2

suplementario. Se realizó radiografía de tórax que evidenció elevación del hemidiafragma derecho. Gasometría arterial con 57 mmHg de PaO<sub>2</sub>. La paciente permaneció internada por 48hs, al egreso saturación de oxígeno 93% AA con una CVF de 76% del teórico e indicación de kinesioterapia respiratoria. En control ambulatorio en día +16 post-operatorio se evidenció mejoría clínica (disnea CF I), con persistencia de la elevación hemidiafragma derecho en la radiografía de tórax y una CVF de 97%.

**Discusión:** Este tipo de bloqueos genera una caída de la CVF entre el 20-25% en casi el 100% de los casos, por lo general es asintomática y transitoria. En este caso la paciente presentó una parálisis diafragmática sintomática y prolongada que requirió internación y oxigenoterapia por 48hs; en el seguimiento a los 16 días presentó una leve mejoría, con disnea CF I y evidencia radiológica de elevación del hemidiafragma derecho. Esta es una complicación descripta en varios reportes, pero poco frecuente. Según la bibliografía los pacientes pueden tardar hasta 15 meses en recuperar la función, siendo la lesión permanente en algunos casos. El mecanismo de la lesión frénica asociado a este procedimiento es desconocido, aunque probablemente sea multifactorial (trauma directo, inyección intraneural, compresión o toxicidad de los fármacos).

**Palabras clave:** Insuficiencia respiratoria, Bloqueo interescalénico

#### Referencias

1. Bui MP, Bouwman RA, van der Gaag A, Piot V, Korsten HH. Phrenic nerve palsy following interscalene brachial plexus block; a long lasting serious complication. *Acta Anaesth.* 2015;66:91-4.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.009>

#### P-09

### Síndrome doloroso regional complejo, secundario a anestesia raquídea

M.N. Presinky, D.A. Craviotto

*Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina*

**Introducción:** El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) comprende un conjunto de entidades que se manifiestan tras una lesión, caracterizadas por dolor regional, predominantemente distal, alteraciones sensitivas, cambios cutáneos, de temperatura, disfunción vasomotora, edema y retraso en la recuperación funcional. Tradicionalmente puede ser clasificado en tipo I, sin identificación de lesión nerviosa y tipo II, con lesión nerviosa.

**Objetivos:** Reportar un caso clínico poco frecuente de afectación nerviosa, secundaria a anestesia regional. Destacar la importancia del trabajo en equipo, con un enfoque interdisciplinario del paciente.

**Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino, 33 años, con antecedentes de escoliosis, ansiedad y tabaquismo, que se somete a anestesia regional raquídea para extracción de dispositivo intrauterino encastillado. Luego de 8 horas, manifiesta dolor intenso, en zona lumbar, con irradiación a pierna derecha, de carácter urente, exacerbado con los movimientos, con severa impotencia funcional en pierna y pie derechos, alodinia e hiperalgesia. La paciente permanece afebril, con pul-

sos periféricos positivos y simétricos y sin signos de flogosis. A las 96 horas posteriores aparece placa eritemato-violácea en dorso de pie derecho, que progresa hasta tercio medio de pierna, con aumento de temperatura local, edema y cambios tróficos en piel. En el post operatorio se instaura tratamiento analgésico, con respuesta parcial y kinesioterapia con movilización pasiva y activa. A los 15 días, presenta progresivamente disminución del edema y mejoría de la movilización, sin alodinia. La piel de la zona mencionada permanece de color ocre.

**Información adicional:** Los exámenes complementarios realizados fueron resonancia magnética de columna lumbar descarta hematoma espinal. Eco Doppler de miembros inferiores descarta trombosis venosa y arterial. Hemocultivos y reactantes de fase aguda descartan proceso infeccioso. Biopsia cutánea vinculable a vasoconstricción.

**Comentarios y discusión:** Se diagnosticó SDRC tipo II secundario a anestesia raquídea, luego de descartar otras etiologías, con buena evolución tras un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El SDRC es una entidad compleja cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable y para evitar complicaciones.

No se encontró otro reporte en la literatura de SDRC secundario a anestesia raquídea, constituyendo éste el primero.

**Palabras clave:** Síndrome Doloroso Regional Complejo; Distrofia Simpática Refleja; Causalgia; Síndrome de Sudeck; Algodistrofia

#### Referencias

1. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E, Sola JL. Síndrome de dolor regional complejo. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7 Supl. II:78-97.

2. Cuenca González C, Flores Torres MI, Méndez Saavedra KV, Barca Fernández I, Alcina Navarro A, Villena Ferrer A. Síndrome Doloroso Regional Complejo. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5:120-9.

3. Complex Regional Pain Syndrome type 1 Guidelines, 2006. Netherlands Society of Rehabilitation Specialists. Consultado: <http://almacen-gpc.dynalias.org/publico/Guideline%20Complex%20Regional%20Pain%20Syndrome%20type%20I%20Duch%202006.pdf>

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.010>

#### P-10

### Anestesia regional en displasia broncopulmonar

M. Castignani, H. Rocha

*Hospital Castro Rendon, Neuquen, Argentina*

**Introducción:** Se define DBP a la dependencia de oxígeno suplementario > 21% a los 28 días de vida, la incidencia de DBP es mayor en los prematuros de menor edad gestacional (40% en los de 25-27 semanas, 13% en los de 28 semanas y 0,4% en los de más de 30 semanas) y menor peso al nacimiento (67% en los menores de 800g y 1% en los de 1251-1500 g.)

DBP Leve Respira Aire Ambiente

DBP Moderada FiO<sub>2</sub> < 0,30

DBP Severa FiO<sub>2</sub> > 0,30 y/o CPAP o VM