

realiza control postoperatorio a las 6 y 12 horas de la cirugía con evolución satisfactoria.

**Comentarios y discusión:** El manejo anestésico en pacientes con acondroplasia sigue siendo un dilema, tanto con técnicas regionales como generales, y no se conoce con exactitud la prevalencia e incidencia de vía aérea difícil. Consideramos que nuestra paciente no contaba con una vía aérea difícil. En pacientes gestantes con acondroplasia es recomendable anestesia general debido a las complicaciones que presentan en un bloqueo central así también como la elevada tasa de bloqueos fallidos.

**Palabras clave:** Acondroplasia; Cesárea

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.044>

P-44

**Acretismo no previsto, con histerectomía y sangrado masivo. Manejo anestésico. Reporte de caso**

E.A. Rinaldi, F. Cseh, A. Figar

*Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** El acretismo placentario es una complicación severa del embarazo cuya incidencia va en aumento en los últimos años en paralelo con el aumento de cesáreas, posee alta morbilidad perioperatoria y es de las principales indicaciones de histerectomía periparto. El diagnóstico prenatal resulta muy importante en la mejora de los resultados.

**Descripción del caso:** Se presenta el caso de una paciente quintigesta con antecedente de dos cesáreas previas y antecedente de sangrado y embolización angiográfica uterina que requirió histerorrafia y postoperatorio en unidad de terapia intensiva adultos por 24 horas. Ingresó para cesárea programada con controles normales. Se realizó anestesia regional y luego del nacimiento se constató sangrado profuso diagnosticando un acretismo placentario. Se realizó monitoreo de TA invasiva y carga de 1 gr de Ácido Tranexámico. Se transfundieron glóbulos rojos (GR), se administraron 2 gr de Concentrado de Fibrinógeno y 1000 UI de CCP. Se realizó histerectomía de emergencia y rafia vesical por lesión intraoperatoria. La paciente permaneció estable y fue trasladada a UTIA bajo ARM e infusión de NA a 0.08 mcg/kg/min. Tiempo total de cirugía de 3 horas, balance final de ingresos: 4000 ml de SRL, 1000 ml de coloides, 5 unidades de GR, 2 unidades de PFC. Continuó su recuperación en UTIA por 24hs y se decidió alta luego de 5 días.

**Discusión:** El acretismo placentario sin aviso y sin embolización previa constituye un escenario adverso para la paciente y pone a prueba nuestra capacidad de respuesta a estos eventos. La AG es usualmente considerada como la técnica de elección para las pacientes con placenta acreta. El uso de Tranexámico reduce el riesgo de muerte por sangrado sin asociarse a un incremento en los efectos adversos<sup>1</sup>. El fibrinógeno no tiene reservas suficientes en el organismo para compensar las pérdidas en el corto plazo, el uso de concentrados en forma empírica ofrece una rápida reposición sin sobrecarga de volumen. El uso de CCP disminuye el riesgo de reacciones anafilácticas, lesión pulmonar aguda (TRALI) y sobrecarga de volumen circulatorio (TACO).

**Palabras clave:** Acretismo; Tranexámico; Sangrado posparto, Hemorragia masiva

**Referencias**

1. WOMAN Trial Collaborators. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2017;389:2105-16.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.045>

P-45

**Manejo anestesiológico de una paciente con estenosis aórtica severa en plan de cesárea**

F.E. Bolla, A. Figar, A. Adrover

*Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La complejidad de la fisiología materna en el contexto de una paciente con estenosis aórtica severa se ve amenazada ante la necesidad de la administración de la técnica anestésica más adecuada para mantener el gasto cardíaco a través del área valvular disminuida.

**Descripción del caso:** Paciente femenina de 35 años de edad, 100 kg, IMC 40, ingresa a quirófano para la realización de una cesárea programada. Presenta antecedente de estenosis aórtica severa con un área valvular de 0.82 cm, hipertrofia del VI y septum y disfunción diastólica con un patrón de llenado pseudonormal. Asintomática. No recibe medicación en forma habitual.

Paciente monitorizada según normas IRAM. Se colocan dos accesos venosos periféricos (18 G + 16 G) y catéter arterial radial para monitoreo continuo de la presión arterial. Se administra 1 gr de Ácido Tranexámico.

Con el objetivo de mantener el gasto cardíaco, evitar la vasodilatación y la consiguiente hipotensión, se decide realizar una anestesia regional combinada espinal epidural. Se inicia infusión de Fenilefrina a 0,3 ug/kg/min con la paciente en posición para la realización de la anestesia regional central. Altura del bloqueo L4 L5. Se administra en el espacio subaracnoidal Ropivacaina 0.75% 7.5 mg + Fentanilo 20 ug y se coloca catéter peridural lumbar para la administración de bolos de Lidocaína al 1% sin epinefrina, en caso de ser necesario. Se procede a realizar maniobra de descompresión de Vena cava con desplazamiento abdominal hacia la izquierda y leve lateralización de la camilla. Se aumenta infusión de Fenilefrina a 0,6 ug/kg/min y se procedió a su titulación según frecuencia cardíaca y presión arterial invasiva.

Se evalúa nivel del bloqueo. La paciente refiere perdida de la sensibilidad hasta dermatoma T10. Presenta actividad motora levemente disminuida en miembros inferiores, conservando la capacidad de movimiento en forma moderada. Se procede al inicio de la intervención. Ingresó el padre. Paciente no refiere desconfort ni dolor. No fue necesaria la administración de anestésico local a través del catéter peridural. Sangrado estimado 600 ml. Se traslada a UCIC para monitoreo postoperatorio.

**Información adicional:** Luego del alumbramiento, se inicia infusión de Oxitocina 20 unidades con bomba volumétrica

a 2.64 unidades/hra. Se evita administración de bolo por su efecto vasodilatador e hipotensor.

**Comentarios:** El agregado de Fentanilo a la Ropivacaina prolonga la duración de la analgesia con un deterioro clínicamente insignificante de la hemodinamia y del bloqueo motor.

**Palabras clave:** Cesárea; Estenosis aórtica severa; Anestesia regional

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.046>

#### P-46

##### Bloqueo del plano del erector espinal para cirugía abdominal en pediatría

J. Lapalma<sup>a</sup>, L. Palazzi<sup>b</sup>, A. Hernandez<sup>b</sup>, V. Roques<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Hospital de Niños Orlando Alassia, Santa Fe, Santa Fe, Argentina

<sup>b</sup> University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, Pensilvania, Estados Unidos

<sup>c</sup> Hospital universitario Virgen de Arrixaca, Murcia, Murcia, España

**Introducción:** El bloqueo del plano del erector espinal ha demostrado ser eficaz para cirugía abdominal en adultos. Nuestro objetivo es reportar el uso de este bloqueo en pediatría para cirugía abdominal.

**Descripción del caso:** Niño sano de 2 años, 12Kg; cirugía por peritonitis apendicular. Se realizó anestesia general (propofol 1 mg/kg, remifentanil 0.5mcg/kg/min, fentanil 1mcg/kg, vecuronio 0.1 mg/kg, sevofluorano 1.5CAM) e intubación orotraqueal con sonda número 5F. Analgesia postoperatoria: diclofenac 1 mg/kg y bloqueo del plano del erector espinal (L1) con 0.2 ml/Kg de mezcla lidocaína 1%, bupivacaina 0.25%. En decúbito lateral, con estricta asepsia, se colocó transductor de alta frecuencia en sentido longitudinal parasagital hasta identificar el músculo erector de la espina y punta de apófisis transversa (Figura1). Luego se insertó aguja ecogénica de 5 cm, en plano, en sentido cefalocaudal hasta tocar apófisis transversa y se inyectó anestésico local por debajo de la fascia muscular (Figura2). Hemodinamia estable intraoperatoria. Sin dolor en las primeras 24hs (escala LLANTO). No complicaciones.

**Discusión:** El desarrollo de la anestesia regional pediátrica ha permitido ampliar las herramientas para manejo de dolor en pediatría. El bloqueo del plano del erector espinal ha aparecido como una técnica alternativa al bloqueo paravertebral clásico. El anestésico local se distribuye hacia el espacio paravertebral bloqueando las ramas nerviosas anteriores, posteriores y simpáticas. Los resultados obtenidos en este paciente apoyan su eficacia en cirugía abdominal en esta población.

**Conclusión:** Las referencias anatómicas fácilmente identificables y el abordaje lejos del neuro-eje, acompañado de los resultados obtenidos apoyan el uso del bloqueo del plano del erector espinal en pediatría.

**Palabras clave:** Anestesia regional; Pediatría; Dolor; Cirugía abdominal

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.047>

#### P-47

##### Analgesia preventiva multimodal y alta temprana en cirugía de escoliosis con síndrome de VACTERL

M.J. Bouyssede, E. Malerba, L. Minetto

Clinica Pediátrica San Lucas, Neuquen, Argentina

**Introducción:** El empleo de una analgesia preventiva multimodal en el paciente desde su ingreso a quirófano y bloqueo de todos los receptores de dolor durante el procedimiento quirúrgico, nos permiten mejor manejo de analgesia postoperatoria, con menores efectos adversos, bienestar del mismo y alta temprana a pesar del alto impacto que haya recibido por la complejidad quirúrgica.

**Descripción del caso:** Paciente de 3 años de edad, sexo masculino, 14 kg de peso, con síndrome de VACTERL: malformación congénita de columna (escoliosis) provocada por, acuñamiento de cuerpos vertebrales t2-t3 y t7-t8, atresia de esófago corregida, dextro posición cardíaca, CIA pequeña, agenesia de pulgar en mano derecha.

Ingrresa a quirófano el día 04-05-17 a las 8 hs, pre inducción sevofluorano junto a sus padres.

En inducción, fentanilo 225 mcg +200 mcg dos horas después. Duración de cirugía 4,5 hs (total 7mcg/kg/hora).

Mantenimiento sevofluorano con monitoreo de bis.

Analgesia ibuprofeno 80 mg, dexametasona 4 mg, clonidina 1 mcg/kg, ketamina 0,3 mg/kg, lidocaina 1 mg/kg, paracetamol 10 mg/kg. Infiltración de herida quirúrgica bupivacaina al ingreso y cierre de la misma.

Se realiza artrodesis torácica con colocación de barra de fijación posterior.

Primeras 24 hs sin dolor, tratamiento analgésico postoperatorio: 1ras 24 hs paracetamol, tramadol, dexametasona e ibuprofeno endovenosos.

Segundas 24 hs paracetamol-ibuprofeno-dipirona, vía oral. Sin dolor, con buena tolerancia oral, comienza caminar por sus propios medios a las 18 hs del postoperatorio, sin dolor, buen estado anímico y comunicativo, alta a las 48 hs. (8 hs día 06-05-17).

**Información adicional:** No fue necesario el uso de morfina en el postoperatorio, logrando manejo del dolor con tramadol, y otros analgésicos, disminuyendo efectos adversos y permitiendo igualmente confort del paciente.

**Comentarios y discusión:** Logrando un buen manejo del dolor en el intraoperatorio con una analgesia preventiva multimodal, bloqueando todos los mecanismos del dolor que tenemos a nuestro alcance, logramos una analgesia postoperatoria con ingesta y deambulación en pocas horas, permitiendo un alta temprana a las 48 hs, luego de una cirugía de alto impacto doloroso, con menor posibilidad de complicaciones por mayor estadía intrahospitalaria.

**Palabras clave:** Escoliosis; Síndrome de VACTERL

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.048>