

P-50

Manejo anestésico en cirugía de separación de siamesas onfalópagos

N.M. Gogorza, T. Ventorutti, M. Gobbi, L.E. Moggi, A. Gilmour

Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez, CABA, CABA, Argentina

Introducción: Se describirá la anestesia en gemelas unidas por el abdomen (onfalópagos).

Descripción del caso: Se derivan del Hospital Penna las gemelas pretérmino que llegaron al Hospital de niños Ricardo Gutierrez a los 10 días de vida para su evaluación.

SIAMESA I

Peso: 1,5 kg

Abdomen: Hígado con drenaje venoso supra hepático y gran vaso arterial que comunica ambas aortas. Con flujo de la siamesa I a la II

Sistema genitourinario: S/P

Sistema Cardiovascular: Signos de sobrecarga. FC:160 l/min

SIAMESA II

Peso: 0,700 kg

Abdomen: Intestino no funcionante

Sistema Genitourinario: no presenta riñones ni vejiga

Sistema Cardiovascular: Hipoplásico, insuficiente. FC:160 l/min

Conducta Anestésica:

Ingresan IOT, catéter percútano y vía periférica.

Monitorizan ambas con SpO₂, FC, FR, ECG y T°.

Se colocaron sobre una manta térmica y se reguló la temperatura del quirófano y así evitar la hipotermia.

Se administró Vecuronio 5 mcg y Fentanilo 5 mcg.

Siamesa I: Se decide intercambiar el tubo por un 3 sin balón con intercambiador de tubo neonatal.

Se colocan 2 vías periféricas n° 22 y TAM radial en MSD. Se coloca vía central por disección en vena yugular izquierda.

Mantenimiento: Sevoflurane 1%+Fentanilo 5 mcg por hora + Vecuronio

La siamesa I mantuvo inestabilidad hemodinámica por pérdidas severas de sangre, con necesidad de transfusiones. Al clampear el gran vaso arterial la siamesa 2 fallece. Al separar intestino y el hígado, hay repercusiones hemodinámicas graves por lo que se requieren vasoactivos.

Comentarios y discusión: ¿Es éticamente correcto someter a las gemelas a una cirugía de separación que acelere el deceso de una al mismo tiempo que le ofrezca a la otra la posibilidad de sobrevivir?

El Comité de Bioética dictamina que debería realizarse la cirugía para salvar a la única niña con posibilidad de vida ya que la otra carecía de órganos vitales.

Por cada 50,000 a 60,000 nacimientos se da un caso de gemelos siameses. La mayoría nacen muertos. Aproximadamente el 75% de los gemelos siameses están unidos al menos parcialmente por el tórax y comparten órganos. Si tienen órganos separados, las probabilidades de tratamiento quirúrgico y supervivencia son mayores que si comparten los mismos órganos. Algunos autores, sugieren practicar la separación precozmente, aunque con resultados variables.

La infrecuencia y la variabilidad entre los gemelos, determinan que su separación constituya uno de los mayores desafíos médico-quirúrgicos, ya que existen pocos casos comparables entre sí y además escasos profesionales con experiencia acumulada en el tema.

Palabras clave: Siameses onfalópagos

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.051>

P-51

A propósito de un caso: Anestesia pediátrica en Síndrome de Steinert

H. Rocha, J. Orozco, M. Villarroel

Hospital Buenos Aires

Introducción: La distrofia miotónica tipo 1 es una canalopatía (cl-) que causa inestabilidad eléctrica de la membrana muscular y automantenimiento de la depolarización. Carácter autosómico dominante, con fenómeno de anteposición genética y transmisión preferentemente materna. La afección neonatal tiene distribución mundial con incidencia de 1/100.000 recién nacidos vivos y mortalidad elevada cercana al 50%. El conocimiento del manejo anestésico y la interacción con ciertos agentes anestésicos evita un incremento de la morbilidad intra y postoperatoria.

Descripción: Lactante masculino de 4 meses con un peso de 4 kg (ASA III) ingresa para cirugía programada de hernia inguinal bilateral. Antecedentes personales: al nacer en ARM por insuficiencia ventilatoria. Hipotonía generalizada. Fascie miopática. Pie bot bilateral. Alergia proteína leche de vaca. Alimentación por SNG por disfagia. Reflujo gastroesofágico. CIV. Opacidad bilateral de cristalino. Sin cirugías previas. Madre con idéntica miotonía con primera gesta de igual diagnóstico y antecedente de feto muerto a las 35 semanas. Genética: repetición del triplete CTG en el gen DMPK con 1500 repeticiones. Fuerza muscular 3/5 en 4 miembros. Signo de la bufanda. Reflejos 2/4. Hipotonía axial y de miembros. Fascie miopática.

Comentario y discusión: Valoración intraoperatoria: Factores físicos que precipitan crisis miotónica: frío, temblor, cloruro de potasio y ayuno patológico. Monitorizar temperatura corporal, acondicionar temperatura del quirófano y fluidos. El dantroleno, procainamida, quinina y fenitoina son útiles para el control de la crisis miotónica. La infiltración del músculo con anestésico local provoca su relajación.

Valoración postoperatoria: Ingreso a UTI durante 24hs. Mayor riesgo de aspiración. Recomendable ventilación mecánica no invasiva.

Discusión: Las complicaciones se incrementan por el estrés quirúrgico y anestésico. Valoración preoperatoria: Manifestaciones extramusculares y funcionalidad ventilatoria y espirométrica. Presencia de cardiopatías y debilidad de los músculos faríngeos obliga a profilaxis de broncoaspiración y ayuno estricto durante el perioperatorio. Los relajantes musculares depolarizantes -succinilcolina- tienen efecto dual: 1° normal bloqueo neuromuscular. 2° Contracción generalizada (rigidez de músculos mandibulares, torácicos y abdominales con arqueamiento cervical y lumbar). Hiperpotasemia, crisis miotónica e hipertermia maligna. Los relajantes musculares no despolarizantes no

eliminan la contracción generalizada. Los anticolinesterásicos (neostigmina) pueden precipitar una miotonía

Comentarios: La crisis miotónica es la complicación más grave, sobre todo si ocurriera durante la intubación. Factores desencadenantes: propia cirugía, hipotermia, ayuno patológico y agentes anestésicos usados en anestesia general. La anestesia locorregional es la técnica ideal en cirugías de extremidades y abdominales.

Palabras clave: Síndrome de Steinert; Anestesia locorregional; Crisis miotónica

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.052>

P-52

FAST TRACK en cirugía cardiovascular pediátrica: a propósito de un caso

P. Morgillo, W. Conejeros Parodi, A. Rosso, R. Pellicciari

Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El concepto en el cual los pacientes de cirugía cardiovascular pediátrica son extubados en las primeras 6 horas del postoperatorio, define la anestesia fast-track. Esto permite tiempos de estancia más cortos en la unidad de cuidados intensivos y una menor incidencia de complicaciones. Cuando hablamos de ultra fast-track, la extubación se efectúa en la sala de operaciones.

Descripción del caso: Paciente de 8 años sexo masculino, 27 kilos. Con diagnóstico de insuficiencia aortica severa por endocarditis mitro-aortica con absceso en raíz aortica. El ecocardiograma muestra: 1) estenosis aortica valvuloplastiada, 2) insuficiencia aortica severa, 3) insuficiencia mitral severa, 4) función sistólica del VI conservada. Plan quirúrgico: cirugía de Ross.

En el intraquirúrgico se observa válvula aortica bicúspide con fusión comisural totalmente destruida por el proceso infeccioso y una perforación en la valva anterior mitral de 4 mm.

Se efectúa una inducción anestésica inhalatoria con dosis crecientes de sevoflurano, se coloca accesos vasculares, 18G en MSD y MSI y catéter central en vena yugular interna derecha. Se coloca catéter para TAM en arteria radial.

Fármacos utilizados en inducción y mantenimiento de la anestesia: fentanilo 20mcg/kg, sevoflurano 1%, rocuronio 1 mg/kg seguido de bolos de 0.5 mg/kg y dexmedetomidina 0.6mcg/kg/hr.

Monitoreo: ECG continuo, oximetría de pulso, pletismografía, capnografía, temperatura, VPS Y VPP, gases arteriales y venosos centrales, ecotransesofágico y tromboelastograma (Rotem).

Ingresa en circulación extra corpórea sin complicaciones. Tiempo total de bomba 334 minutos y 300 de clampeo. Se corrige alteraciones en la coagulación según ROTEM. Al finalizar la cirugía, ante ausencia de sangrado, gases en sangre normales y ante una estabilidad hemodinámica con asistencia de inotrópicos y vasopresores mínimos, se procede a la extubación del mismo.

Cursa un postoperatorio 12 horas en UtiP, para pasar a recuperación 20 horas y luego a sala sin drenajes.

En nuestra experiencia, la extubación precoz a pesar de la complejidad y duración del procedimiento sumado al largo

tiempo de bomba, nos permitió una corta estancia en la terapia intensiva y una corta estancia hospitalaria. Disminuyó el riesgo de incidencia de complicaciones pulmonares como resultado de una menor ventilación mecánica y una menor exposición a microorganismos patógenos.

Palabras clave: Fastrak; Cirugía cardiovascular

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.053>

P-53

Teratoma mediastinal en el prematuro extremo: consideraciones para el manejo anestésico

M.S. Fernandez, C.A. Teijido

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los teratomas mediastinales congénitos crecen rápidamente a partir de la semana 20 de gestación, posibilitando su diagnóstico prenatal. El 70% de los fetos enfermos se complican con taponamiento cardíaco e hidrops fetal (signo de mal pronóstico). El seguimiento y los tratamientos intraútero permiten posponer el nacimiento y reducir los riesgos de la prematuridad extrema en el neonato enfermo.

Descripción del caso: Paciente recién nacido pretérmino, 28.6 semanas de edad gestacional, 1.305 kg con diagnóstico prenatal de tumor mediastinal anterior e hidrops fetal. Nace críticamente enfermo, con distress respiratorio, hipercapnia refractaria a la ventilación mecánica de alta frecuencia oscilatoria (VAFO), inestabilidad hemodinámica por compresión extrínseca del ventrículo izquierdo, derrame pleural bilateral, quiloascitis, edema subcutáneo generalizado y oligoanuria refractaria. Se decide tratamiento quirúrgico del tumor a los dos días de vida.

En quirófano, el ETCO₂ permaneció elevado aun con VAFO y se agravó la inestabilidad hemodinámica con requerimientos crecientes de inotrópicos (TAM 40 mmHg con dopamina 15mcg/kg/min). La resección del tumor no generó mejoras inmediatas en el manejo respiratorio y hemodinámico del neonato, quien fallece a la semana refractario a los tratamientos de sostén.

Comentarios y Discusión: El 50% de los neonatos prematuros entre 26 y 28 semanas padecen síndrome de distress respiratorio, por inmadurez pulmonar y déficit de surfactante que genera colapso alveolar, aumento del trabajo respiratorio, alteración de la relación ventilación-perfusión e hipoxemia. La acidosis respiratoria aumenta las resistencias vasculares pulmonares con shunt derecha a izquierda en pacientes con ductus permeable. En el caso presentado, la presencia concomitante de un tumor mediastinal agrava el distress respiratorio por hipoplasia pulmonar secundaria a la presión tumoral intramediastinal y la presencia de derrame pleural bilateral y ascitis propias del hidrops fetal congénito.

No encontramos reportes de intervenciones quirúrgicas por teratoma mediastinal tan tempranas en RN pretérmino de extremo bajo peso. El manejo ventilatorio y la inestabilidad hemodinámica por compresión cardíaca extrínseca son los principales desafíos.

La resección tumoral es el único tratamiento efectivo. El sostén ventilatorio hasta la resección es clave para mejorar la oxigenación. Algunos estudios sugieren que