

## P-70

**Manejo preoperatorio de paciente con bloqueo AV de 3° grado no conocido en cirugía de urgencia**

L.M Muñoz, W. Tizio

*Hospital Luis C. Lagomaggiore, Ciudad, Mendoza, Argentina*

**Introducción:** La evaluación preanestésica en cirugías de urgencia muchas veces se limita a los antecedentes patológicos recabados durante el interrogatorio, al examen físico y los exámenes de laboratorio o imagen. El ECG de 12 derivaciones preoperatorio en pacientes jóvenes sin factores de riesgo y asintomáticos muchas veces no es un requisito para cirugías de urgencia, pero es de gran importancia en aquellos pacientes con trastornos de la conducción cardiaca.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 20 años de edad, sin antecedentes patológicos, consulta por guardia por dolor en fosa iliaca derecha de 12 horas de evolución, se interpreta el cuadro como apendicitis aguda con indicación de cirugía. Durante la monitorización previo a la cirugía se detecta bradicardia asintomática, 45 lpm y trazado ECG continuo anormal por lo que se decide realizar ECG de 12 derivaciones que informa bradicardia, bloqueo completo de rama derecha y bloqueo auriculoventricular de 3° grado con indicación de marcapaso transitorio previo a la intervención quirúrgica. Se coloca marcapaso transitorio transcutáneo, se realiza anestesia raquídea y se procede a la realización de apendicetomía de forma satisfactoria.

**Comentarios y discusión:** Dentro de la evaluación preanestésica, la evaluación del riesgo quirúrgico cardiovascular para cirugías no cardíaca en pacientes jóvenes y sin factores de riesgo la utilidad del ECG de 12 derivaciones tiene un grado de recomendación III y nivel de evidencia B. El hallazgo perioperatorio de bradiarritmias y la indicación de marcapaso temporal o permanente es necesario en pacientes con bloqueos cardíacos completos o con episodios sintomáticos de asistolia previo a la cirugía de urgencia para disminuir las posibles complicaciones cardiovasculares durante el acto anestésico.

**Referencias**

Guía de práctica clínica de la ESC/ESA 2014 sobre cirugía no cardíaca: evaluación y manejo cardiovascular. Rev Esp Cardiol. 2014;67:1052.e1-e43

Consenso Argentino de Evaluación de Riesgo Cardiovascular en Cirugía No Cardíaca, Rev Arg de Cardiol. 2016;84:1-38.

Consenso de marcapasos y resincronizadores, Consenso Argentino SAC. Rev Arg de Cardiol. 2009;77:1-42.

**Palabras clave:** Bradiarritmia; Bloqueo auriculoventricular; Cirugía de urgencia; Anestesia

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.071>

## P-71

**Diagnóstico intra-operatorio de neumotórax por ultrasonido: reporte de un caso**

N.M Rudzik, N. Venturin, S.A Gerez, M.N Carpinella, G. Tusman, C.M Acosta

*Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata. Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La utilidad del ultrasonido pulmonar (UP) para el diagnóstico y seguimiento de diversas patologías pulmonares en el paciente crítico ha sido reportada en numerosas publicaciones.

El ultrasonido juega un rol clave para el anestesiólogo, permite realizar en la cabecera del paciente en ventilación mecánica un examen rápido, no invasivo y libre de radiación.

**Descripción del caso:** Paciente de 81 años, ASA III, sexo masculino, antecedentes: hipertensión arterial, EPOC, programado para re-operación de Nissen laparoscópica. Se realiza anestesia general balanceada bajo monitorización estándar, (remifentanilo 0.35mcg/kg/min, isoflurano 0.5CAM) administrando ventilación protectora (VT:6 ml/kg/min, FiO2 45%). Luego de inducción anestésica presenta saturación 95%: se constatan con UP atelectasias en áreas posteriores por lo que se realiza maniobra de reclutamiento con mejoría en la saturación y la complacencia.

El paciente continúa estable, presentando dificultad en la técnica quirúrgica debido a que se trata de una re-operación. Posteriormente presenta caída brusca de la saturación. Se realiza UP con sonda lineal 6-12MHz, evidenciando ausencia de "lung sliding" en la región ántero-lateral del hemitórax izquierdo, ausencia de líneas B y del signo del pulso; evidenciando en modo M el signo de "código de barras". A nivel de línea axilar media se observa el signo del "punto pulmonar" (signo 100% específico de neumotórax), por lo que se confirma el diagnóstico de neumotórax izquierdo iatrogénico, generado por la apertura de la pleura durante la disección mediastínica y movilización esofágica. Seguidamente se coloca drenaje pleural, para resolverlo en el mismo tiempo quirúrgico, constatando con UP la reaparición de lung sliding en hemitórax izquierdo y el retroceso del signo del "punto pulmonar". El paciente es extubado sin complicaciones y trasladado a unidad de cuidados intermedios.

**Discusión:** El concepto de UP "point of care" ha cobrado un creciente interés en diferentes escenarios: cuidados críticos, medicina de urgencias y anestesia.

La tomografía computada constituye el método de referencia para el diagnóstico de neumotórax; sin embargo, el costo, elevada radiación y necesidad de traslado, lo hacen impráctico para el diagnóstico de neumotórax intra-operatorio. La agudeza diagnóstica del UP es superior a la auscultación y radiografía de tórax para el diagnóstico de neumotórax (sensibilidad 75%, especificidad 100%).

El UP constituye una excelente herramienta para el anestesiólogo, permitiendo la monitorización del paciente ventilado y el diagnóstico de complicaciones intra-operatorias como el neumotórax, permite inclusive diagnosticar neumotórax radio-ocultos, cuantificar su volumen y realizar tóracocentesis ecoguiada.