

## 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.

## Referencias

Volpicelli G. Sonographic diagnosis of pneumothorax. *Intensive Care Med.* 2011;37:224-32.

**Palabras clave:** Neumotórax; Ultrasonido pulmonar; Intra-operatorio; Paciente crítico

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.072>

## P-72

### Anestesia en paciente con trombosis séptica del seno cavernoso una complicación de sinusitis aguda

J. Matos Medeiros<sup>a</sup>, C. Brenno Abreu<sup>a</sup>, J. Barbosa Ferreira<sup>b</sup>, A. Belén Acevedo<sup>b</sup>, C. Rodrigues Wanderley Junior<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Universidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil*

<sup>b</sup> *Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Héctor A. Barceló, Buenos Aires, Argentina*

<sup>c</sup> *Hospital General de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil*

**Introducción:** La trombosis del seno cavernoso (TSC) es una entidad rara pero grave que puede llevar a la muerte si no es diagnosticada y tratada. Puede estar causada por procesos infecciosos

(el foco infeccioso primario frecuentemente es la sinusitis esfenoidal superando a las infecciones faciales)

**Descripción del caso:** Una paciente de 53 años de edad refirió cefalea de 20 días de evolución, asociada a la sensación de presión ocular. Fue diagnosticada de sinusitis y comenzó la antibioticoterapia luego de los 12 días con desmejoría del cuadro clínico. Al examen físico se presentó cefalea hemisférica izquierda, mareos, diplopía que evolucionó con amaurosis izquierda. Fotofobia, midriasis y ptosis palpebral con ausencia de reflejo pupilar y anisocoria; parálisis hemifacial izquierda, disminución de la fuerza en miembros inferior derecho. En los estudios de laboratorio presentó de leucocitosis y proteína C reactiva aumentada. La tomografía computarizada (TC) de cráneo y senos paranasales evidenciaron sinusitis etmoido-esfenoidales bilaterales, cerebritis por microabscesos en lóbulo pre frontal, trombosis del seno cavernoso con reducción del flujo en arteria carótida derecha. La paciente evolucionó con disminución de la conciencia y se efectuó inducción anestésica con fentanilo (350 µg), propofol (200 µg). Se instaló ventilación mecánica modo controlado (VMC) y fue sometida a la maxilotomía bilateral, etmoidectomía y esfenoidectomía vía endoscópica para drenaje del contenido purulento.

Tuvo una buena evolución del cuadro clínico y recibió el alta hospitalaria luego de 56 días de internación.

**Comentarios y discusión:** La trombosis del seno cavernoso es una complicación rara y potencialmente mortal relacionada a infecciones de las vías aéreas superiores, que requiere un diagnóstico precoz y la intervención rápida con antibiótico intrevenoso de amplio espectro.

**Palabras clave:** Trombosis del seno cavernoso; Sinusitis complicada; Absceso

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.073>

## P-73

### Hematoma de úvula una complicación infrecuente luego de laringoscopia

G. Prozzi<sup>a,b</sup>, M.S. Carlson<sup>b,c</sup>

<sup>a</sup> *Centro Regional de Ablación e Implante Sur - CUCAIBA, La Plata, Buenos Aires, Argentina*

<sup>b</sup> *Instituto de Salud - UNAJ, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina*

<sup>c</sup> *Hospital Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** Describimos el caso de un hematoma de úvula en un paciente que cursaba un postoperatorio. El evento fue detectado cuando se incorpora en la cama y manifiesta signos de obstrucción de la vía aérea lo cual requirió intubación orotraqueal (IOT) y asistencia respiratoria mecánica (ARM).

El hematoma de úvula es una complicación infrecuente que puede ocurrir luego de una laringoscopia, cirugía en cavidad oral o espontáneamente luego de la administración de fármacos que alteran la coagulación. Es el primer caso publicado de un hematoma de úvula en el postoperatorio de un trasplante renal.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 59 años que cursaba las primeras 5 horas del postoperatorio de trasplante renal. Al incorporarse en la cama, manifestó brusca sensación de ahogo, tos con expectoración sanguinolenta, dificultad respiratoria, desaturación y cianosis. La exploración inmediata de la orofaringe mostró un tumor rojo que ocupaba buena parte de la cavidad, se interpretó como un coágulo cuya extracción fue infructuosa y se decidió la inmediata IOT. Durante la IOT se observó un hematoma de gran tamaño en el paladar blando. Una hora después, con el paciente sedado en ARM se confirmó un hematoma grande de úvula. Luego de un seguimiento diario con fibroscopia, el servicio de otorrinolaringología sugirió la extubación 6 días después. Por interurrencias clínicas permaneció intubado en UTI durante 11 días.

**Información adicional:** Paciente con insuficiencia renal crónica terminal (IRCT) y 11 años de hemodiálisis. antecedentes de hipertensión, cirugía de revascularización coronaria, recibiendo dosis antiagregantes de aspirina.

**Comentarios y Discusión:** El hematoma de úvula puede haberse debido a la concurrencia de cuatro factores: coagulopatía propia de la IRCT, aspirina, laringoscopia e hipertensión.

Los casos de hematomas de úvula publicados son escasos. Han ocurrido, tanto en forma espontánea como secundaria a trauma, generalmente asociados a la administración de anticoagulantes. Algunos sólo han representado un hallazgo clínico sin mayor morbilidad, otros han puesto en riesgo la vida debido a la obstrucción de la vía aérea. La literatura es insuficiente respecto al manejo terapéuticos de los hematomas requieren IOT. Los otorrinolaringólogos de nuestro hospital recomendaron tratamiento con corticoides y mantenimiento de la IOT. En otros casos publicados se realizó uvulectomía. En nuestro paciente la necesidad de intubación y ARM prolongada aumentó la morbilidad y los días de internación.