

## 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 esfenoidales 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 hemirraniana 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.