

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^a, C. Brenno Abreu^a, J. Barbosa Ferreira^b, A. Belén Acevedo^b, C. Rodrigues Wanderley Junior^c

^aUniversidade Federal de Roraima, Boa Vista, Roraima, Brasil

^bInstituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Héctor A. Barceló, Buenos Aires, Argentina

^cHospital 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 esfenoides esfenoetmoidales 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 hemicraneana izquierda, mareos, diplóplia 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 computadorizada (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 sumetida 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^{a,b}, M.S. Carlson^{b,c}

^aCentro Regional de Ablación e Implante Sur - CUCAIBA, La Plata, Buenos Aires, Argentina

^bInstituto de Salud - UNAJ, Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina

^cHospital 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 fibroscopía, el servicio de otorrinolaringología sugirió la extubación 6 días después. Por intercurrencias 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.

Este caso remarca los potenciales riesgos de obstrucción de la vía aérea en pacientes con alteraciones de la coagulación al que realizamos laringoscopias.

Palabras clave: Hematoma de úvula, laringoscopia, complicaciones intubación, ngoscopia, complicaciones intubacisra con antecedente de dos ces

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.074>

P-74

Enfermedad de McArdle. Consideraciones anestésicas en anestesia general. Reporte de un caso

G. Brunori, U. Fraidenraj

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La incidencia de la Enfermedad de McArdle o glucogenosis tipo V es de 1/600.000. Son paciente con riesgo de rabdomiolisis, falla renal e hipoglucemias que merecen ciertas consideraciones anestésicas.

Descripción del Caso: Paciente femenino de 63 años con diagnóstico de Enfermedad de McArdle diagnosticada hace 10 años por biopsia del músculo gastrocnemio, se interna para cirugía de prolapsos genitales, refiriendo debilitamiento y fatiga muscular al realizar actividades de la vida diaria.

Se monitoriza con oximetría de pulso, tensión arterial no invasiva, electrocardiograma, capnografía, temperatura esofágica, bis y monitoreo neuromuscular. Se coloca acceso venoso catéter 18G en brazo derecho. Previo a la intubación se administra fentanilo 2 mcg/kg y se procede a anestesia intravenosa TCI Propofol (Marsh Plasma CE 2 cg/ml) guiado por BIS (40-60), y mantenimiento analgésico con remifentanilo 0.25 mcg/kg/min.

Relajación con rocuronio 0.5 mg/kg y posterior intubación orotraqueal con TET 7,5 con balón luego de TOF 0 y ventilación en modo controlado por volumen a 6 ml/kg, FR 12, PEEP 5, FIO2 50%.

Se administra paracetamol 1 gr, dexametasona 8 mg y ondansetron 8 mg. Se utiliza manta térmica y caloventor Warm Touch. Se efectúa control seriado de glucemia, infusión de dextrosa al 5% a ritmo de 0,4 g/kg/hora y colocación de sonda vesical para control de ritmo diurético. Se contabiliza un ingreso total de 750 ml y diuresis de 250 ml. La orina no presentó alteraciones del color que hagan sospechar mioglobinuria.

Comentarios y Discusión: La enfermedad de McArdle es una miopatía metabólica que afecta el músculo esquelético por defecto de la enzima miofósforilasa. Como consecuencia los pacientes son incapaces de producir glucosa a partir del glucógeno en el músculo.

La relación con la Hipertermia Maligna se basa en un aumento de la tasa de positivos en el test de contracción con cafeína y halotano y el aumento de CPK. Deben evitarse fármacos desencadenantes tales como agentes inhalatorios halogenados y relajantes musculares despolarizantes.

Otras recomendaciones incluyen infusiones de soluciones glucosadas para evitar posibles hipoglucemias, así como evitar temblores con el fin de prevenir el catabolismo proteico, rabdomiolisis y el fallo renal agudo. Por este motivo se recomienda evitar torniquetes y se aconseja la cateterización arterial para evitar daño por manguito de tensión. Debe evitarse y tratarse la oliguria con aporte de fluidos

y diuréticos. Se recomienda estricto monitoreo por 24 h en el periodo postoperatorio. No existe contraindicación para anestesia locorregional.

Palabras clave: McArdle; Hipertermia maligna; TCI.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.075>

P-75

Milrinona para reversión de vasoespasmo cerebral intraoperatorio en HSA: estudio piloto

F.O. Rioja, U.P.Rios Parraga, L.F. Quiroga

Sanatorio Los Lapachos, San Salvador de Jujuy, Jujuy, Argentina

Introducción: Para tratamiento del vasoespasmo cerebral (VEC), terapias actuales se han centrado en aumentar flujo sanguíneo a través del aumento de presión sanguínea, vasodilatadores(VD) y angioplastia de vasos cerebrales. La dificultad técnica que genera el VEC para anular el aneurisma roto nos plantea un desafío. La milrinona es una droga que tiene efecto VD en las arterias que facilita el abordaje aneurismático por vía intraarterial.

Objetivos: General: Mejorar la morbimortalidad y resultado quirúrgico permitiendo mejor abordaje del aneurisma para clipado.

Específicos: Determinar efecto Milrinona sobre el VEC; determinar si Milrinona mejora el abordaje quirúrgico.

Material y Método: Trabajo piloto de investigación aplicada, de campo, cuantitativo, sincrónico, descriptivo, no aleatorio. Realizado entre enero de 2015 y diciembre de 2016, en el Servicio Anestesiología y UTI, Sanatorio Los Lapachos, SS de Jujuy. Con aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado. Cuatro pacientes sexo femenino de entre 21 y 76 años. Criterio de inclusión pacientes de cualquier sexo y edad con HSA por ruptura aneurismática, sin uso previo de VD y se observe VEC por angiografía.

Paciente en quirófano, bajo anestesia general TIVA/TCI Propofol/Remifentanil, ARM.

Luego de que confirma VEC se realiza infusión de milrinona, dosis de carga 0,1 mg/kg e infusión continua de 0,75 mcg/kg/min durante 30 minutos, luego 1,25 mcg/kg/min. En simultáneo se utiliza NAD para mantener PAM 90 mmHg. Se aguarda 30 minutos para continuar cirugía.

Resultados: Dos pacientes tuvieron efecto positivo en la reversión del VEC. En una paciente no hubo efecto esperado. Mientras que en otra no se realizó método de infusión determinando completamente, debido a hipotensión arterial que no respondía a NAD. Los cuatro pacientes fueron dados de alta.

Discusión: La milrinona parece ser eficiente para este tipo de intervención, pero debería ser aclarado de manera más acertada con un estudio adecuadamente diseñado.

A pesar de llevar más de dos años de evolución la casuística es muy baja y los criterios de exclusión impiden que muchos pacientes puedan ser incluidos.

Como autocritica los autores no tenemos experiencia en investigación y tuvimos que partir de la base de crear un comité de docencia y un comité de ética. El bajo número de pacientes, 100% de mujeres y no aleatoriedad impiden tener resultados estadísticamente significativos. Pretende-