

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, laringoscopia, complicaciones intubación 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. Fraidenraji

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 rabdomiólisis, 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 prolapso genital, 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 0.5mg/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 8mg y ondansetron 8mg. Se utiliza manta térmica y calorizador Warm Touch. Se efectúa control seriado de glucemia, infusión de dextrosa al 5% a ritmo de 0,4g/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 miofosforilasa. 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 autocrítica 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-

mos que este trabajo sea el puntapié inicial para despertar la investigación científica en nuestra institución.

Conclusión: Viéndolo quirúrgicamente milrinona permitiría mejor navegación del microcatéter, podrían disminuir complicaciones intraoperatorias como la formación de trombos, daños intinales, ruptura del saco y la probabilidad de no llegar al aneurisma.

Palabras clave: Vasoespasmo cerebral; Hemorragia subaracnoidea

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.076>

P-76

Manejo hemodinámico perioperatorio de Duodenopancreatomectomía cefálica por paraganglioma funcionante

A. Adrover, G. Domenech, M.V. Stang

Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos infrecuentes, originados en células cromafines de ganglios autónomos extraadrenales, secretores de catecolaminas. Estos pacientes pueden desarrollar complicaciones cardiovasculares potencialmente letales, siendo la inducción anestésica y la intervención quirúrgica dos momentos críticos. Su manejo constituye un desafío para el anestesiólogo y nos exige estar preparados para afrontar posibles periodos de inestabilidad hemodinámica y arritmias.

Descripción del caso: Se presentan dos pacientes familiares, con diagnóstico de Von Hippel Lindau y paraganglioma funcionante. Cumplen preparación médica prequirúrgica con bloqueo alfa adrenérgico, ingesta de sal e hidratación.

Discusión (Plan anestésico): En primera instancia se descartó daño de órgano blanco por medio de ecocardiograma y laboratorio, y se confirmó el correcto bloqueo alfa adrenérgico.

En la sala de cuidados preanestésicos fueron premedicados con midazolam y se les colocaron dos accesos venosos periféricos y un acceso arterial (FloTrac). En quirófano se colocó un catéter peridural a nivel de T7 y un acceso venoso central (PreSep).

La anestesia fue total EV basada en propofol, relajación con rocuronio y analgesia multimodal basada en infusión continua de lidocaína (1,3 mg/kg/h) perineural a través del catéter.

El vasopresor utilizado fue fenilefrina en infusión (dosis máxima de 1 mcg/kg/min). Ante la necesidad de dosis crecientes, iniciamos infusión de noradrenalina con una dosis inicial de 0,1 mcg/kg/min, titulándola en función del monitoreo cardiovascular con EV1000.

La fluidoterapia estuvo basada en la VPP, VVS, IC y diuresis.

Sólo uno de los pacientes requirió Fentolamina (2 mg en bolo) durante la manipulación tumoral.

Ambos pacientes toleraron el procedimiento, estables hemodinámicamente y sin requerimiento de transfusiones. Fueron extubados en quirófano, dirigiéndose a la recuperación con bomba de NA a baja dosis (0.03 mcg/kg/min). Luego se trasladaron a UTI sin requerimiento de inotrópicos y adecuado manejo del dolor.

Conclusión: Aunque la resección de paragangliomas funcionantes continúa siendo una situación de difícil manejo anestésico, la preparación preoperatoria, un minucioso monitoreo hemodinámico funcional intraoperatorio, drogas cardiovasculares adecuadas y analgesia multimodal basada en catéter peridural constituyen pilares esenciales de una estrategia anestésica óptima.

Referencias

1. Harish Ramakrishna. Pheochromocytoma resection: Current concepts in anesthetic management. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*. 2015 Jul-Sep; 31(3): 317-23.

2. Aliya Ahmed. Perioperative Management of Pheochromocytoma: Anaesthetic Implications. Review. *J Pak*. Vol. 57, No. 3, March 2007.

Palabras clave:

Duodenopancreatomectomía cefálica; Paraganglioma funcionante; Monitoreo hemodinámico funcional

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.077>

P-77

Evaluación radiológica del vaciamiento gástrico de medio de contraste hidrosoluble

M.C. Niño, L.E. Ferrer, D.J. Romero, J.C. Díaz, D. Aguirre, D.S. Benítez, J.C. Camacho, J. Pasternak

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Introducción: En la actualidad, las guías de práctica clínica para ayuno preoperatorio no han establecido claramente el tiempo de espera necesario luego de la administración de un medio de contraste hidrosoluble.

Objetivos: Determinar el tiempo requerido para el vaciamiento gástrico posterior a la administración de medio de contraste hidrosoluble en pacientes con abdomen agudo.

Material y Métodos: Este estudio de cohorte longitudinal prospectivo incluyó 68 pacientes, mayores de 18 años, con abdomen agudo, en quienes se administró medio de contraste hidrosoluble para la realización de una tomografía abdominal. Se obtuvieron radiografías cada hora hasta completar el vaciamiento gástrico del medio de contraste. Se excluyeron pacientes con sospecha de obstrucción intestinal.

Resultados: La totalidad de los pacientes alcanzó el vaciamiento gástrico completo dentro de las 6 primeras horas (tab 1). No se encontraron diferencias respecto al género ($P=0.44$), índice de masa corporal ($P=0.35$), tiempo de ayuno previo al contraste ($P=0.12$), administración de opioides en urgencias ($P=0.70$), ni presencia de comorbilidades ($P=0.36$).

Discusión: El 94% de los pacientes con abdomen agudo alcanzaron el vaciamiento gástrico completo dentro de las primeras 3 horas posteriores a la administración de medio de contraste. A las 6 horas, la totalidad de los participantes habían aclarado el medio de contraste.

Conclusiones: Es relevante esperar las 6 horas de ayuno posteriores a la ingesta oral del medio de contraste para asegurar el tránsito completo a través del estómago y evitar riesgos innecesarios.

Palabras clave: Dolor abdominal; Medio de contraste; Vaciamiento gástrico; Ayuno