

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 Duodenopancreatocetomía 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:

Duodenopancreatocetomía 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