

El caso muestra con claridad, que el seguimiento del perfil de coagulación convencional hubiera devenido en transfusiones inadecuadas sometiendo a riesgos innecesarios al paciente.

Descripción del caso: El síndrome de Budd-Chiari es una rara condición que afecta el drenaje venoso suprahepático y la función de dicho órgano en grados variables incluso hasta la insuficiencia. Se presenta un paciente con dicho síndrome, bajo tratamiento anticoagulante con acenocumarol en plan de trasplante hepático con donante cadáverico.

El perfil de laboratorio preliminar muestra serias alteraciones en las pruebas de coagulograma con patrones de déficit en dicha función.

Asimismo se utiliza la tromboelastografía como guía de la homeostasis de la coagulación.

Información adicional: El estudio funcional de la coagulación mostró valores diametralmente opuestos a los datos de laboratorio.

Comentarios y discusión: La enfermedad de Budd-Chiari en cuanto a caso ejemplificador desveló que la corrección de hemostasia basada en datos de laboratorio en cirugías de alta complejidad puede ser muy imprecisa, agregando morbilidad innecesaria por el empleo de hemoderivados.

En el caso presentado no se transfundieron hemoderivados según datos de tromboelastografía. La oposición entre el perfil de laboratorio y los estudios funcionales de la coagulación (tromboelastografía) erige a esta última técnica como la apropiada para el empleo como método mandatorio en la toma de decisiones relativas a la coagulopatía en este tipo de cirugías.

Referencias

Huang YG1, Luo A, Wong KC. Budd-Chiari syndrome and anesthetic challenges: 23 case reports and review of the literature. Ma Zui Xue Za Zhi. 1993;31:65-72.

Palabras clave: Tromboelastografía; Budd-Chiari; Trasplante hepático

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.090>

P-90

Derrame pleural masivo en cirugía laparoscópica

M.V. Deambrosi, R. Avila, I. Bolzon, J.L. Cianferoni

Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: Reportamos caso de hidrotórax post entubación tras colecistectomía programada por vía laparoscópica.

Caso clínico: Paciente de 59 años de edad de sexo femenino, no refiere patología concomitante ni intervenciones quirúrgicas previas, tabaquista 20 cigarrillos/día. Ingresa a quirófano para cirugía programada colecistectomía por vía laparoscópica, se constata Ta:140/80 mmHg Fc:80lxm Fr:12 So2: 97%. Plan anestésico: tiva propofol, remifentanilo y atracurio, iot con tet n°7,5 G, ARM modo vcv, fio2:0,60, Vt:0.450 peep: 7 Fr:12 I:E 1:2.5. Registro hemodinámicos intraoperatorios: Ta:100/60 Fc:65-70lxmin etco2: 45 mmHg So2:98-99% t°36.4 °C. Duración de acto quirúrgico: 160 min. Se procede a la extubación, se ausulta hipovenilación pulmonar derecha generalizada, disnea, taquipnea, Fr:18, So2:85% sin oxígeno por cánula nasal, se coloca la

misma con un aumento de So2:90%. Inmediatamente se solicita radiografía tórax donde se observa velamiento de hemitórax derecho con desplazamiento de mediastino hacia la izquierda, no se visualiza broncograma aéreo, ni signos de neumotórax. Se realiza tomografía computada de tórax, se visualiza ocupación pleural derecha masiva, se interpreta como derrame pleural. Servicio de cirugía realiza toracocentesis evacuadora donde se extrajeron 1200 ml de contenido. Se retiró drenaje pleural tras resolución radiológica. Evolución satisfactoria.

Discusión: El derrame pleural inmediato, complicación excepcional de cirugía laparoscópica, presenta mayor frecuencia en cirugías laboriosas y de duración prolongada, sobre todo aquellos pacientes donde existe el uso de volúmenes importantes de suero fisiológico para lavado y posición de Trendelenburg. Se cree en varios mecanismos de pasaje de líquido de cavidad abdominal a la pleura: defectos congénitos de pilares diafragmáticos, irritación diafragmática, estomas peritoneales y poros diafragmáticos. La existencia de mayor incidencia de derrame pleural derecho, como en nuestro caso, se debería favorecido al efecto de pistón producido por el hígado.

Ante la clínica respiratoria, y presunción diagnóstica por estudios complementarios, se realiza toma de muestra de contenido pleural (análisis físico-químico, citológico y bacteriológico) arrojándonos como resultado líquido pleural seroso no inflamatorio con presencia de células mesoteliales, descartando citología neoplásica confirmando derrame pleural trasudado.

La instauración de toracocentesis evacuadora temprana como método diagnóstico y terapéutico generó una mejoría clínica, con resolución espontánea sin recidiva alguna.

Conclusión: La presencia de un derrame pleural en cirugías laparoscópica, no debería pasar inadvertida, remarcamos la importancia de la ejecución de diagnósticos diferenciales en pacientes con clínica de patología compatibles, y la realización de estudios complementarios y tratamiento temprano eficaz.

Palabras clave: Derrame pleural; Complicación inmediata; Cirugía laparoscópica.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.091>

P-91

Efectos del polimetilmacrilato en artroplastias totales de cadera: reporte de caso

M.A. Medrano Pizarro, C. Vaccarelli, J. Alvarez

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. O. Alende, Mar del Plata, Argentina

Introducción: Entre las posibles complicaciones de alta morbilidad de las artroplastias totales de cadera, en las cuales se utiliza polimetilmacrilato como constituyente principal del cemento óseo, se encuentra el síndrome de implantación de cemento óseo, el cual suele manifestarse con una marcada hipotensión arterial acompañada de bradicardia. Ante el conocimiento de esta entidad, que implica una variedad de manifestaciones, se pueden evitar efectos adversos mayores como ser un paro cardiorrespiratorio irreversible producto de la toxicidad propia del material o de una embolia grasa.