

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 cadavérico.

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:80lpm 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:65-70lpm etco2: 45 mmHg So2:98-99% t°36.4°C. Duración de acto quirúrgico: 160 min. Se procede a la extubación, se ausculta hipoventilación 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 genero una mejoría clínica, con resolución espontanea 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 polimetilmetacrilato 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 polimetilmetacrilato 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.

Descripción del caso: Se presenta una paciente femenina de 86 años internada en servicio de ortopedia y traumatología por fractura de cadera derecha, en plan quirúrgico para realización de una artroplastía total de cadera. La misma niega antecedentes quirúrgicos, médicos, alérgicos o tóxicos de importancia, sólo refiere como medicación habitual la toma esporádica de AINES ante dolores osteomusculares.

La paciente en quirófano es monitorizada mediante técnicas no invasivas, es decir, pulsioximetría, electrocardiograma y presión arterial no invasiva, y se le practica una anestesia raquídea, habiéndose constatado previamente un laboratorio acorde. Se comprueba un nivel termoalérgico T10 y posterior a la realización del mismo se evidencia una disminución de tensión arterial esperable, 20% del valor basal.

Inmediatamente realizada la colocación del cemento óseo se presenta una hipotensión marcada (PAS < 90; PAD < 60) con bradicardia acompañante (FC < 60) con requerimiento de infusión continua de noradrenalina a dosis mayores a 0.1 ug/kg/min.

Finalizado el procedimiento, debido a la inestabilidad hemodinámica persistente de la paciente y a su edad es llevada a terapia intermedia para una mayor vigilancia, donde desarrolla dos paros cardiorrespiratorios, dictaminando el segundo un desenlace fatal. Se adjudica como posible etiología un evento tromboembólico producto de la toxicidad propia del cemento óseo y/o embolia pulmonar grasa.

Conclusión: El conocimiento de las repercusiones cardiorrespiratorias del material ampliamente utilizado en las artroplastias de cadera junto con la alta morbimortalidad de los procedimientos quirúrgicos en pacientes de la tercera edad nos obligan al estudio exhaustivo de estos pacientes de modo tal que puedan llegar en las mejores condiciones al acto quirúrgico y una vez finalizado el mismo ser recibidos en una unidad de cuidados intensivos a fin de prevenir y tratar las eventualidades del intra y posoperatorio.

Palabras clave: Polimetilmetacrilato; Cemento óseo

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.092>

P-94

Suspensión de neurocirugía por hipotensión arterial sostenida intraoperatoria de causa desconocida

V. Agrelo, B. Rizzi

CEMIC, CABA, Argentina

Descripción del caso: Paciente de 58 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diabetes tipo II, se presenta para resolución quirúrgica de neurinoma del acústico. El paciente ingresa a quirófano, TA 140/90 mmHg, FC 72 lpm, SatO₂ 98%. Se realiza la inducción anestésica con midazolam 2 mg + fentanilo 200 mcg + propofol 100 mg + atracurio 30 mg, sin alteración de los valores monitorizados. Se coloca TET espiralado número 7,5, monitoreo invasivo de TA, AVC subclavio izquierdo y vías venosas periféricas accesorias. El paciente fue posicionado en decúbito lateral derecho. El mantenimiento de la anestesia se llevó a cabo con sevoflurano 1%, remifentanilo 0,3 mcg/kg/min y dexmedetomidina 0,2 mcg/kg/h. Durante estímulo neuroquirúrgico en región del conducto auditivo, se registra importante disminución

de la frecuencia cardíaca que desapareció frente a la retirada del estímulo. Minutos más tarde se registra un descenso de la presión arterial sistólica y diastólica (TA 50/20 mmHg), en el monitoreo de la presión arterial directa, con cambios electrocardiográficos: ritmos ventriculares con QRS anchos que cedieron al aumentar la TA. El paciente no presentó cambios en el ETCO₂ ni en dicha curva. Se observó que simultáneamente un descenso de la variabilidad de la FC. Luego de descartar presencia de artefactos y constatar por PANI en sucesivas mediciones los mismos valores de presión arterial que en la PAI, se decidió suministrar soporte con drogas vasoactivas (adrenalina 0,1mcg/kg/min y noradrenalina 0,2mcg/kg/min) y se decidió en conjunto con el equipo de neurocirugía suspender la cirugía. El paciente se despertó luego de sesenta minutos de recuperación post anestésica y fue enviado extubado a UTI con signos vitales estables.

En este caso el paciente se encontraba en condiciones diuréticas y de hidratación parenteral óptimas con laboratorios sin alteraciones. Frente a este escenario, el anestesiólogo se encuentra desconcertado y se enfrenta a un desafío diagnóstico.

Entre las causas posibles, no podemos dejar de considerar una reacción anafiláctica a alguna de las drogas (si bien no coincidió directamente con la administración de un fármaco), o al látex, el síndrome de kounis por las manifestaciones electrocardiográficas o bien un reflejo vagal por estimulación del canal auditivo.

Creemos que es importante la presentación del caso ya que a pensar de la duda diagnóstica, nos encontramos con un escenario crítico, con compromiso de la integridad del paciente que requirió medidas de soporte hemodinámico y suspensión de la cirugía.

Palabras clave: Hipotensión arterial, Neurocirugía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.093>

P-93

Bloqueo Subdural Accidental en paciente obstétrica: presentación de un caso

V. Agrelo, B. Rizzi

CEMIC, CABA, Argentina

Introducción: El bloqueo subdural es una complicación infrecuente, difícil de detectar, con un espectro de presentación amplio: desde un bloqueo sensitivo alto, hasta un compromiso hemodinámico y respiratorio importante.

Descripción del caso: Mujer de 34 años gestante de 37 semanas, se presenta en trabajo de parto para una anestesia neuroaxial de conducción. Se realiza punción subaracnoidea con aguja espinal 27G, inyectándose 1,5 mg de Bupivacaina 0,5% + 15mcg de fentanilo (Volumen 1,5 ml). Luego, punción epidural con técnica de pérdida de resistencia con solución fisiológica, con aguja de Tuohy 18G, colocándose catéter epidural, previa prueba de aspiración negativa. Dosis test negativa. Luego de 5 minutos del procedimiento, se constata bradicardia fetal sostenida y se realiza cesárea de urgencia. Se inyectan 10 ml de Lidocaina 2% con epinefrina por el catéter epidural. Después de 5 min, la paciente refiere bloqueo sensitivo y motor completos de MMII. A los 8 minutos, la paciente refiere un grado leve de disnea, sin desaturación. Se coloca posición de fowler y cánula