

**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 termoalgésico 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, SatO<sub>2</sub> 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 ETCO<sub>2</sub> 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