

**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 artroplastia 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, 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 sevoflurane 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. Despues 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

nasal de O2 a 3lt/min. A los 10 minutos manifiesta entumecimiento de ambas manos y progresión de la disnea. Se coloca mascara con O2 al 100%. Un minuto después (16 minutos postpunción), y coincidiendo con el nacimiento de un niño sano, Apgar 9/10, se evidencia disminución del nivel de conciencia, movilidad torácica reducida y desaturación. Se realiza intubación de secuencia rápida. Se evidencian reflejos de tronco negativos con midriasis bilateral arreactiva, y leve hipotensión. La cesárea finaliza sin otras complicaciones. A los 60 minutos, se aprecia leve mejoría de la midriasis. A los 90 minutos, recuperación de la ventilación espontánea. A los 120 minutos la paciente se despierta y se extuba. Se encontraba lúcida, con buena mecánica ventilatoria, hemodinámicamente estable con bloqueo motor y sensitivo de MMII completo y parcial de MMSS. Progresa con resolución completa del bloqueo motor y sensitivo en dirección cefalo-caudal a las 6 horas.

**Conclusión:** La anestesia subdural es una complicación poco reconocida. Se plantea la evolución de esta paciente como un bloqueo subdural por la lenta progresión de los síntomas, mínimo colapso cardiovascular, test de aspiración negativo, compromiso de tronco del encéfalo y resolución ad integrum. Es difícil poder afirmar la inyección subdural, ya que el diagnóstico de certeza sólo puede realizarse por comprobación radiológica. Es por esto que el reporte de casos clínicos como éste es de suma importancia para poder diagnosticarlos más frecuentemente y efectuar tratamientos de manera precoz y efectiva.

**Palabras clave:** Bloqueo subdural; Anestesia subdural; Embarazo

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.094>

P-94

#### Manejo perioperatorio de cardiopatías congénitas en cirugía no cardíaca

T.B. Gomez Rivero, B. Izquierdo

Cemic, Caba. Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Existe poca información disponible en la actualidad sobre el manejo de pacientes adultos con cardiopatías congénitas corregidas. Debido a la mayor sobrevida de estos pacientes, es una entidad aún rara que va a observarse cada vez con mayor frecuencia y consideramos importante evaluar que tenemos que tener en cuenta desde el manejo anestésico en dichos pacientes.

**Objetivos:** Analizar el manejo anestésico de pacientes con antecedentes de cardiopatías congénitas, abarcando desde la evaluación previa del paciente hasta el manejo postoperatorio.

**Materiales y métodos:** Paciente de sexo femenino, de 45 años, en planes de realizarse hernioplastia umbilical. Presenta como antecedentes: cardiopatía congénita (atresia tricuspídea + Waterston + estenosis de rama de la arteria pulmonar izquierda) por lo que se realiza cirugía correctiva a la edad de 10 años (anastomosis directa entre la orejuela derecha y el tronco de la arteria pulmonar, cierre de comunicación interauricular, plástica de rama pulmonar derecha y resección de Waterston); plaquetopenia de 6 meses de evolución por probable hiperesplenismo y arritmia

no filiada. Medicación habitual: acenocumarol, flecainida, clortalidona, digoxina.

Se decide realizar cirugía bajo anestesia general. Se procede a la inducción con fentanilo 100 mcg, midazolam 7 mg. Por predictores de vía aérea dificultosa (distancia tiromentoniana menor a 6 cm, retrognathia, mallampatti III) se realiza intubación con King Vision sin dificultades previa relaxación muscular con succinilcolina 1 mg/kg. Mantenimiento con sevorane 0,8% y remifentanilo 0,25 mcg/kg/min. Analgesia postoperatoria con meperidina 1 mg/kg. Finalizada la cirugía la paciente es derivada a la Unidad Coronaria para control postoperatorio, extubada, hemodinámicamente estable, libre de dolor, orientada en tiempo y espacio.

**Eventos intraoperatorios:** se producen 3 episodios de FV de menos de 30 segundos de duración, sin descompensación hemodinámica. Se realizan maniobras de resucitación cardiopulmonar con resultado satisfactorio.

**Conclusión:** Existe poca evidencia disponible hoy en día sobre el manejo perioperatorio de pacientes que sobrevivieron a la corrección de una cardiopatía congénita. Es un tema de actual importancia por el creciente número de estos pacientes, siendo necesario realizar más investigaciones sobre el tema para lograr un manejo anestésico adecuado durante cirugías posteriores.

**Palabras clave:** Cardiopatía congenita, Anestesia cardiovascular

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.095>

P-95

#### Hipertermia en cirugía ortopédica pediátrica

P.B. Varas, J.A. Dávalos, W.E. Riveros

Hospital Dr Guillermo Rawson, Capital. San Juan, Argentina

**Introducción:** La hipertermia es un término genérico que significa una temperatura corporal central que excede los valores de referencia, la hipertermia se puede producir por varias causas y suele indicar un problema de suficiente gravedad como para requerir intervención médica. La hipertermia maligna es un estado de hipermetabolismo celular de transmisión autosómica dominante que se desencadena con el empleo de agentes anestésicos volátiles asociados o no a la succinilcolina. La incidencia es de 1:5,000 a 1:50,000-100,000 anestesias. La presentación clínica clásica de la hipertermia maligna incluye hipertermia, taquicardia, taquipnea, producción elevada de dióxido de carbono, acidosis, rigidez muscular y rabdomiolisis. Aunque existen cuadros de hipertermia no fulminante en el cual los síntomas son variables y autolimitados. El diagnóstico de certeza se lleva a cabo con la prueba de contractura muscular.

**Descripción del caso:** Paciente de 6 años de edad sexo femenino, 17 kg, con diagnóstico de luxación congénita de cadera, se decide realizar osteotomía bilateral de cadera. Se realiza anestesia general balanceada combinada, inducción con sevoflurano al 8%, fentanilo 50 mcg, atracurio 10 mg, mantenimiento con sevoflurano 1.5% y remifentanilo a 0,2 mcg/kg/min, bloqueo peridural con bupivacaina 0,25%, morfina 1 miligramo, clonidina 15 mcg. Se monitoriza con ECG,