

nasal de O₂ a 3lt/min. A los 10 minutos manifiesta entumecimiento de ambas manos y progresión de la disnea. Se coloca mascarilla 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 supervivencia 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, retrognatia, mallampatti III) se realiza intubación con King Vision sin dificultades previa relajación muscular con succinilcolina 1 mg/kg. Mantenimiento con sevoflurano 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 congénita, 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 anestestesias. La presentación clínica clásica de la hipertermia maligna incluye hipertermia, taquicardia, taquipnea, producción elevada de dióxido de carbono, acidosis, rigidez muscular y rabdomiólisis. Aunque existen cuadros de hipertemia 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 monitorizo con ECG,