

nasal de O<sub>2</sub> a 3lt/min. A los 10 minutos manifiesta entumecimiento de ambas manos y progresión de la disnea. Se coloca mascarilla con O<sub>2</sub> 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,

PAI, SPO2, ETCO2, temperatura esofágica. Al comienzo de la cirugía la temperatura central fue de 36,5°, con medidas de calor, a la hora de inicio, la temperatura asciende a 37,2°C, apaga caloventor y se infunde líquidos a temperatura ambiente, la temperatura sigue en ascenso hasta 38, se coloca dipirona 400mg, se decide cambiar estrategia anestésica con propofol TCI modelo Kataria, se decide colocar medios de enfriamiento, hielo en región torácica, descenso de temperatura de quirófano a 18°. La temperatura sigue en ascenso hasta 39,1°C. Se toma muestras de vía arterial para realizar laboratorio.

**Información adicional:** Datos de laboratorio inicio a fin de cirugía, inicio 10:30: pH: 7,35; K: 3,6 meq; Na: 139 me; Cl: 104 meq; Lactato 1,2 meq, Final 13:45: pH: 7,30; Na: 140, K: 4,26; Cl: 106; lactato 1,4. Se decide dosar CPK con un valor de 668 siendo normal para edad menor a 95.

**Comentarios y discusión:** La hipertermia maligna es una enfermedad poco frecuente, que el anestesiólogo debe estar familiarizado, tenerla presenta en su accionar diario, dado a la gran morbilidad que presenta. Es una enfermedad silente que se puede manifestar en cualquier época de la vida por lo tanto se debe estar preparado para tratarla.

**Palabras clave:** Hipertermia maligna, Anestesia general

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.096>

P-96

### Amputación supracondílea en paciente con Síndrome de Klippel Trenaunay Weber

P.E. Bennasar

*Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA, Argentina*

**Introducción:** El síndrome de Klippel Trenaunay Weber es una malformación vascular congénita asociada a hipertrofia de extremidades con potencial de evolución a osteomielitis y que presenta coagulopatía con elevado riesgo de hemorragia, así como también fenómenos tromboembólicos. El sangrado quirúrgico estimado de estos pacientes tuvo una media de 740 + - 2739 ml.

**Descripción del caso:** Mujer de 33 años con diagnóstico de síndrome de Klippel Trenaunay Weber, que presenta osteomielitis crónica de pierna izquierda en plan de amputación supracondílea de fémur. Hallazgos positivos: dolor 8-9/10, anemia (6,1 g%), hipofibrinogenemia (105 mg%), dímero D aumentado. Preoperatoriamente se administra hierro i.v y se la politransfunde, se realiza embolización de la malformación arteriovenosa homolateral a la lesión y se descarta compromiso vascular en la vía aérea; se inicia tratamiento con pregabalina 75 mg, amitriptilina (hasta 30 mg) y morfina. Accesos: 2 vías periféricas 14 G y 16 G, vía central doble lumen yugular derecha. Se la premedica con Ketamina = 20 mg, fibrinógeno = 1 g, ácido tranexámico = 1 g. Monitoreo standard, TAM radial, VIGILEO. Inducción con propofol 100mg + fentanilo 200 mcg. Atracurio 30mg. Mantenimiento: TIVA: Propofol 3 mg/kg/h + Remifentanilo 0,3-0,5 mcg/kg/min + lidocaína 2 mg/kg en infusión. Noradrenalina dosis 0.03-0.17 mcg/kg/min. Colocación de manguito hemostático. Hemoglobina inicial: 9,6 g%. Ingresos: Ringer lactato = 950 ml, 2 UGR. Egresos: pérdida sanguínea = 750 ml, diuresis = 500 ml. Tiempo quirúrgico 170 minutos. Pasa a UTI extubada, con dosis de noradrenalina

de 0,03 mcg/kg/min. Se inicia tratamiento con heparina sódica 15.000 UI/ día, infusión de fentanilo, pregabalina 300 mg/día. La paciente evoluciona sin necesidad de reintervención en la herida quirúrgica.

**Información adicional:** laboratorio de hemostasia prequirúrgico: fibrinógeno 127mg%, KPTT 38%, TP 64%. La elevación del dímero-D asociada

**Comentarios y discusión:** la paciente consulta con un cuadro clínico avanzado, con deterioro orgánico, dolor e impotencia funcional. La optimización en este contexto fue dificultosa. La hipofibrinogenemia sumada al riesgo de potencial sangrado en el contexto de anemia justificaron la premedicación con fibrinógeno y ácido tranexámico. La utilización de heparina en el postoperatorio inmediato, así como el evitar el mantenimiento con ácido tranexámico sustentan la prevención de tromboembolismo. Las técnicas neuroaxiales se pueden considerar si se dispone de neuroimagen.

**Conclusión:** en el contexto de un paciente con patología avanzada, potencial sangrado masivo y concomitante riesgo de tromboembolismo, la interdisciplina contribuyó al desenlace satisfactorio. Los estudios de hemostasia tradicionales no fueron sensibles para la detección de coagulopatía.

**Palabras clave:** Coagulopatía; Malformación arteriovenosa; Amputación

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.097>

p-97

### Esplenectomía en paciente con púrpura trombocitopénica ideopática

M.F. Medus, P.E. Bennasar, M.A. Girard, N. Nigro, D. Porticella, E.A. Medici

*Hospital Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La PTI es una enfermedad autoinmune adquirida que presenta una destrucción acelerada y una producción inadecuada de plaquetas. La esplenectomía es un tratamiento de segunda línea en adultos o puede ser realizada en casos de urgencia.

**Descripción del caso:** Paciente de sexo masculino de 57 años con antecedentes de HTA y FA en tratamiento con enalapril y carvedilol que comienza con un cuadro súbito de petequias generalizadas a predominio en abdomen y miembros inferiores. Consulta al guardia lúcido, afebril, con taquicardia en reposo. Se realiza un laboratorio en el cual se constata la presencia de 14.000 plaquetas. Descartando otras causas de plaquetopenia, se interpreta como un cuadro de PTI y se comienza con la administración de gamaglobulina (1 mg/kg/día) y pulsos de metilprednisolona. Durante su internación intercorre con hematoquesia, hemorragia conjuntival y alveolar con deterioro de la función ventilatoria por lo que se decide la IOT tres días posteriores a su ingreso. Luego de 5 días de tratamiento sin respuesta se decide la esplenectomía. El paciente ingresa a quirófano ventilado, con un recuento plaquetario de 11000 sin requerimientos de vasoactivos ni inotrópicos. Se realiza una anestesia general balanceada. Monitoreo estándar y de arterial continuo. Mantenimiento anestésico con remifentanilo, sevoflurano y noradrenalina a dosis de 0,03- 0,05 mcg/kg/min. Luego del clampeo de los vasos esplénicos se transfunden 14 unidades