

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