

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 400 mg, 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 morbitmortalidad 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 100 mg + fentanilo 200 mcg. Atracurio 30 mg. Mantenimiento: TIVA: Propofol 3 mg/kg/h + Remifentanilo 0,3-0,5 mcg/k/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 difícil. 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 gammaglobulina (1 mg/kg/día) y pulsos de mtilprednisolona. Durante su internación interviene 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, sevofluorano y noradrenalina a dosis de 0,03- 0,05 mcg/kg/min. Luego del clampeo de los vasos esplénicos se transfunden 14 unidades

de plaquetas. El tiempo quirúrgico fue de 1, 30 horas. El sangrado aproximado de 250 ml. El paciente egresa de quirófano intubado, hemodinámicamente estable.

Información adicional: la PTI se caracteriza por presentar trombocitopenia aislada (recuento menor a $100 \times 10^9/L$) en ausencia de otras enfermedades que la justifiquen. En caso de no respuesta a las drogas de primera línea una de las opciones con buena tasa de resolución de la enfermedad es la esplenectomía (tasa de respuesta del 60%). Con recuentos plaquetarios mayores a 20- 30 es seguro realizar esplenectomía en estos pacientes. Si el recuento es menor, se sugiere la administración de gammaglobulina y corticoides previos a la cirugía.

Comentarios y discusión: La transfusión de plaquetas debe realizarse post clampeo de los vasos esplénicos, aunque, en algunos casos, puede realizarse una transfusión plaquetaria previo a la inducción anestésica para evitar el sangrado intraocular, intracraneal y alveolar con la maniobra de intubación. La presencia de tejido esplénico accesorio podría ser la causa de la no respuesta a este tipo de intervención.

Palabras clave: Plaquetopenia, Púrpura trombocitopénica ideopática (PTI), Esplenectomía, Transfusión plaquetaria.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.098>

P-98

Manejo Anestésico de Tumor de Glomus Carotídeo

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

Hospital de Clínicas José de San Martín, CABA, Argentina

Introducción: el tumor de glomus carotideo es una neoplasia originada en los órganos quimiorrecetores localizados en la bifurcación de la arteria carótida primitiva. Tiene una baja incidencia 0,03% de todas las neoplasias y 0,6% de los tumores de cabeza y cuello. Algunos son funcionantes (1- 3%) presentando síntomas similares al feocromocitoma, pueden secretar serotonina dando un síndrome carcinoide, histamina o bradiquinina (broncoconstricción, hipotensión arterial).

Descripción del caso clínico: Paciente de sexo femenino de 49 años, sin antecedentes de relevancia quien consulta por presentar una masa latero cervical izquierda asintomática. Tanto la RMN con gadolinio como la TC con contraste ev describen la presencia de una lesión ovalada expansiva que realza de manera homogénea, de bordes definidos, ubicada por detrás de la carótida primitiva izquierda. Con la sospecha de tumor de glomus carotídeo, se planeó su resección. No se realiza dosaje de catecolaminas urinarias previo a la cirugía. Durante la misma, se realiza monitoreo estándar y de tam continua. Acceso venoso periférico 14 G y central doble lumen femoral. Anestesia general balanceada con sevofluorano y remifentanilo como drogas de mantenimiento. Noradrenalina a dosis de 0,03 a 0,08 mcg/kg/min para mantener niveles adecuados de TA. Los ingresos fueron de 1700 ml de cristaloides y los egresos de 600 ml de diuresis y 500 ml de sangrado. El tiempo quirúrgico total aproximado fue de 5 horas. Durante la manipulación quirúrgica del tumor, la paciente presenta

paroxismos hipertensivos que llegaban a una TA promedio de 210/100 que resuelven ante el cese de la movilización de la lesión y con la administración de nitroglicerina en bolos de 50- 150 mcg. Estos paroxismos se repitieron hasta la resección completa del tumor. Al finalizar la cirugía, la paciente se extuba y es llevada a terapia intensiva hemodinámicamente estable sin requerimiento de vasoactivos.

Información adicional: las complicaciones de esta cirugía son las grandes pérdidas sanguíneas, lesión de pares craneales, hipoxia cerebral o embolismo aéreo, bradicardia severa o paroxismos hipertensivos. El dosaje de catecolaminas urinarias previo al procedimiento es controversial.

Comentarios y discusión: Los paroxismos hipertensivos se producen porque el tumor está compuesto por tres tipos de células, una de las cuales son secretoras de catecolaminas. Su manejo debe ser realizado con drogas de rápido inicio de acción y titulables como la nitroglicerina o el nitróprusiato de sodio entre otras. En los casos resistentes puede utilizarse sulfato de magnesio ev.

Palabras clave: Glomus carotídeo; Paroxismos hipertensivos; Nitroglicerina

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.099>

P-99

Manejo anestésico del paciente con terapia dialítica. A propósito de un caso

C. Maroni, S.L. Olgun, M.M. Ares, N.A. Nigro, D. Porticella

Hospital de Clínicas, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La enfermedad renal crónica es una entidad de alta prevalencia a nivel mundial afectando 3-5% de la población general. El 0.1% de estos pacientes progresan a la insuficiencia renal crónica, el tratamiento incluye la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal. La IRC aumenta 100 veces el riesgo de morbilidad cardiovascular perioperatoria. Por cada 10 ml/min/1,73 m² que desciende la TFG, se incrementa el riesgo de enfermedad coronaria en pacientes entre 45 a 64 años. También produce cambios hematológicos (anemia, disfunción plaquetaria), malnutrición e infección. El anestesiólogo debe hacer énfasis en la evaluación preanestésica en el paciente con terapia dialítica, y optimizar las condiciones del mismo previo a la cirugía.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 68 años de edad, capacidad funcional mayor a 4 METS, HTA, ex tabaquista, insuficiencia renal crónica por nefrectomía bilateral por CA renal. Diálisis trisemanal. Fístula A-V brazo izquierdo. Ingresa al hospital de forma programada para colecistectomía laparoscópica. Previo a la cirugía el paciente es evaluado por el equipo de Anestesia, donde se enfatiza la búsqueda de condiciones cardíacas activas, se solicita interconsulta con el servicio de cardiología y realización de eco doppler cardíaco, se descarta IAM reciente, IC descompensada, enfermedad valvular severa y arritmias. Se constata un correcto control de la HTA y se refuerza la importancia de la rigurosidad del tratamiento hasta el momento de la cirugía. Se establece una CF > 4 METS, se indica diálisis 12-24 hs previas a la cirugía. Dos semanas después, el paciente ingresa a quirófano, se coloca un acceso venoso periférico 18 gauge en MSD. Anestesia general