

suplementario. Se realizó radiografía de tórax que evidenció elevación del hemidiafragma derecho. Gasometría arterial con 57 mmHg de PaO₂. La paciente permaneció internada por 48hs, al egreso saturación de oxígeno 93% AA con una CVF de 76% del teórico e indicación de kinesioterapia respiratoria. En control ambulatorio en día + 16 post-operatorio se evidenció mejoría clínica (disnea CF I), con persistencia de la elevación hemidiafragma derecho en la radiografía de tórax y una CVF de 97%.

Discusión: Este tipo de bloqueos genera una caída de la CVF entre el 20-25% en casi el 100% de los casos, por lo general es asintomática y transitoria. En este caso la paciente presentó una parálisis diafragmática sintomática y prolongada que requirió internación y oxigenoterapia por 48hs; en el seguimiento a los 16 días presentó una leve mejoría, con disnea CF I y evidencia radiológica de elevación del hemidiafragma derecho. Esta es una complicación descrita en varios reportes, pero poco frecuente. Según la bibliografía los pacientes pueden tardar hasta 15 meses en recuperar la función, siendo la lesión permanente en algunos casos. El mecanismo de la lesión frénica asociado a este procedimiento es desconocido, aunque probablemente sea multifactorial (trauma directo, inyección intraneural, compresión o toxicidad de los fármacos).

Palabras clave: Insuficiencia respiratoria, Bloqueo interescalénico

Referencias

1. Bui MP, Bouwman RA, van der Gaag A, Piot V, Korsten HH. Phrenic nerve palsy following interscalene brachial plexus block; a long lasting serious complication. *Acta Anaesth.* 2015;66:91-4.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.009>

P-09

Síndrome doloroso regional complejo, secundario a anestesia raquídea

M.N. Presinky, D.A. Craviotto

Hospital Luis Lagomaggiore, Mendoza, Argentina

Introducción: El síndrome doloroso regional complejo (SDRC) comprende un conjunto de entidades que se manifiestan tras una lesión, caracterizadas por dolor regional, predominantemente distal, alteraciones sensitivas, cambios cutáneos, de temperatura, disfunción vasomotora, edema y retraso en la recuperación funcional. Tradicionalmente puede ser clasificado en tipo I, sin identificación de lesión nerviosa y tipo II, con lesión nerviosa.

Objetivos: Reportar un caso clínico poco frecuente de afectación nerviosa, secundaria a anestesia regional. Destacar la importancia del trabajo en equipo, con un enfoque interdisciplinario del paciente.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino, 33 años, con antecedentes de escoliosis, ansiedad y tabaquismo, que se somete a anestesia regional raquídea para extracción de dispositivo intrauterino encastillado. Luego de 8 horas, manifiesta dolor intenso, en zona lumbar, con irradiación a pierna derecha, de carácter urente, exacerbado con los movimientos, con severa impotencia funcional en pierna y pie derechos, alodinia e hiperalgesia. La paciente permanece afebril, con pul-

sos periféricos positivos y simétricos y sin signos de flogosis. A las 96 horas posteriores aparece placa eritemato-violácea en dorso de pie derecho, que progresa hasta tercio medio de pierna, con aumento de temperatura local, edema y cambios tróficos en piel. En el post operatorio se instaura tratamiento analgésico, con respuesta parcial y kinesioterapia con movilización pasiva y activa. A los 15 días, presenta progresivamente disminución del edema y mejoría de la movilización, sin alodinia. La piel de la zona mencionada permanece de color ocre.

Información adicional: Los exámenes complementarios realizados fueron resonancia magnética de columna lumbar descarta hematoma espinal. Eco Doppler de miembros inferiores descarta trombosis venosa y arterial. Hemocultivos y reactantes de fase aguda descartan proceso infeccioso. Biopsia cutánea vinculable a vasoconstricción.

Comentarios y discusión: Se diagnosticó SDRC tipo II secundario a anestesia raquídea, luego de descartar otras etiologías, con buena evolución tras un diagnóstico y tratamiento oportunos.

El SDRC es una entidad compleja cuyo diagnóstico precoz es esencial para una evolución favorable y para evitar complicaciones.

No se encontró otro reporte en la literatura de SDRC secundario a anestesia raquídea, constituyendo éste el primero.

Palabras clave: Síndrome Doloroso Regional Complejo; Distrofia Simpática Refleja; Causalgia; Síndrome de Sudeck; Algodistrofia

Referencias

1. Rodrigo MD, Perena MJ, Serrano P, Pastor E, Sola JL. Síndrome de dolor regional complejo. *Rev Soc Esp Dolor.* 2000;7 Supl. II:78-97.

2. Cuenca González C, Flores Torres MI, Méndez Saavedra KV, Barca Fernández I, Alcina Navarro A, Villena Ferrer A. Síndrome Doloroso Regional Complejo. *Rev Clin Med Fam.* 2012;5:120-9.

3. Complex Regional Pain Syndrome type 1 Guidelines, 2006. Netherlands Society of Rehabilitation Specialists. Consultado: <http://almacen-gpc.dynalias.org/publico/Guideline%20Complex%20Regional%20Pain%20Syndrome%20type%20I%20Duch%202006.pdf>

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.010>

P-10

Anestesia regional en displasia broncopulmonar

M. Castignani, H. Rocha

Hospital Castro Rendon, Neuquen, Argentina

Introducción: Se define DBP a la dependencia de oxígeno suplementario > 21% a los 28 días de vida, la incidencia de DBP es mayor en los prematuros de menor edad gestacional (40% en los de 25-27 semanas, 13% en los de 28 semanas y 0,4% en los de más de 30 semanas) y menor peso al nacimiento (67% en los menores de 800g y 1% en los de 1251-1500 g.)

DBP Leve Respira Aire Ambiente

DBP Moderada FiO₂ < 0,30

DBP Severa FiO₂ > 0,30 y/o CPAP o VM