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

Descripción del Caso: 18/02/2016 - Rnpt (26,5 semanas / 710 grs). Apgar 8/8. Embarazo mal controlado, madre poli adicta, cesárea por desprendimiento de placenta. Osteopenia del prematuro ARM (VAFO/ convencional) durante 89 días totales, 14 días en CPAP y O₂ desde el nacimiento. DBP severa. O₂ domiciliario. Programado para corrección quirúrgica de Hernioplastia inguinal izquierda. Actualmente 8 Meses de edad al momento de corrección (23/10/2016)

Comentarios y Discusión: Por antecedente y comorbilidades del paciente, se decide realización de Anestesia Raquídea para cirugía programada. Ingresó sin venoclisis, con cánula nasal (O₂ a 2 Lts/min), se realiza inducción escalonada con sevoflorane 1-6% hasta lograr acceso venoso (24G en ambos MS). Se coloca en posición sedente y bajo técnica aséptica se realiza BSA a nivel L4-L5, con Bupivacaina Hiperbárica 0,5% (1 mg/kg). Punción única y atraumática.

Se cierra sevoflorane para evaluar instauración de Bloqueo. Se adiciona dispositivo bucal con dextrosa al 10% para favorecer sedación. Paciente no moviliza miembros inferiores ante estímulos en región infraumbilical. Se mantiene constantemente flujo O₂ por cánula nasal y se adiciona Sevoflorane 1% lográndose paciente sedado en ventilación espontánea. Tiempo Quirúrgico 30 min. Sin complicaciones.

Conclusión: La utilización de anestesia regional en patologías respiratorias crónicas y cirugías de corta duración es de interés considerable y primera opción anestésica en lo posible sin invasiones agresivas de la vía aérea, brindando excelentes condiciones quirúrgicas.

Palabras clave: Anestesia regional; Anestesia raquídea pediátrica; Displasia Broncopulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.011>

P-11

Estrategia anestésica para paciente oncológico con compromiso neurológico

J. Rodríguez Molina, M.C. Martín, R.A. Timpano, J. Deltrozzo

Hospital Regional Doctor Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: El bloqueo 3 en 1 y ciático es un procedimiento poco frecuente. Actualmente, gracias a la ecografía se ha transformado en un bloqueo fácil y rápido de realizar, con escasas complicaciones, ideal para la anestesia del miembro inferior otorgando analgesia posoperatoria prolongada, menor incidencia de náuseas y vómitos, consumo de opioides y tiempo recuperación.

Descripción del caso: Paciente masculino, 57 años, Peso 80 kg, 1,75 metros. Programado para cirugía de osteosíntesis de fémur por fractura patológica.

Antecedentes: Cáncer de pulmón con metástasis a riñón, hueso, y cerebro. Tabaquismo 20 cigarrillos/día/40 años. Convulsiones, medicado con fenitoina.

Examen físico: rocus-sibilancias bilaterales con hipoventilación en pulmón derecho (tratamiento con nebulizaciones con salbutamol). Vigil, orientando en tiempo y espacio, fuerza y sensibilidad conservada en miembros. Laboratorio: dentro de los parámetros normales. TAC: imágenes nodulares (rodeadas de alo edema), desviación de línea media hacia

la izquierda produciendo una hernia subfalciforme del cíngulo). RX: neumotórax.

Manejo anestésico: 1. Vía central subclavia derecha; Dosis de carga de ácido tranexánico; Premedicación con 100 mcg fentanilo y 3 mg de midazolam. 2. Bloqueo periférico del nervio femoral y ciático guiado por ecografía y neuroestimulación con bupivacaina isobárica 0,125% más lidocaína sin epinefrina 0,5%

3. Bloqueo neuroaxial peridural con catéter. 4. Al comienzo de la cirugía el paciente refiere dolor por lo que se le realiza una dosis de bupivacaina isobárica 40 mg más fentanilo 100mcg por catéter epidural.

Información adicional: Distintos autores han publicado la utilidad del bloqueo femoral 3-1 y ciático vía anterior en la cirugía de miembro inferior. Sus indicaciones son múltiples, incluyen la anestesia para fracturas de fémur. La estabilidad hemodinámica y la adecuada analgesia, producto de cambios mínimos en el nivel simpático, permite manejar a los individuos con menores cargas de líquidos que las requeridas con los bloqueos espinales o peridurales.

Comentarios y discusión: Lo expuesto pone en evidencia que la anestesia regional contraindica en forma relativa "problemas neurológicos pre existentes", siendo una alternativa el bloqueo regional guiado por ecografía, más la colocación de catéter peridural, para analgesia intraoperatoria y postoperatoria, disminuyendo las dosis habituales.

El bloqueo 3 en 1 por su fácil aplicación, alto porcentaje de efectividad y la gran estabilidad hemodinámica, es de elección en los pacientes ASA III y IV con fractura de fémur, en los que la homeostasis se encuentra en un frágil equilibrio, que puede ser alterado por las técnicas de bloqueo del neuroeje, implicando cambios hemodinámicos más importantes.

Palabras clave: Bloqueo 3 en 1; Bloqueo femoral; Bloqueo obturador; Bloqueo ciático; Anestesia peridural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.012>

P-12

Uso de dexmedetomidina intratecal para prolongación de bloqueo neuroaxial

M.J. Colaiacovo^{a,b}, E.N. Ferrara^b, W. Ledesma^b, C.L. Baxley^c, J. DeLong^c, R. Virasoro^c

^a CEMIC, CABA. Buenos Aires, Argentina

^b Physicians For Peace, Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana

^c Physicians For Peace, Norfolk. Virginia, EEUU

Descripción del caso: Paciente de 22 años con antecedentes de politraumatismo grave en el año 2008 con múltiples cirugías de fémur izquierdo ingresa a quirófano de forma programada para realizar cirugía de estenosis pan uretral con injerto de mucosa yugal bilateral.

El procedimiento tiene lugar durante una misión médica en un hospital de bajos recursos en República Dominicana. Con una duración estimada de 6hs y al no contar con la disponibilidad de catéteres peridurales se decide realizar anestesia subaracnoidea con 12 mg de bupivacaina hiperbárica, 20 mcg de fentanilo y buscando una prolongación del bloqueo se agrega 10 mcg de dexmedetomidina intratecal, en combinación con 2 mg de midazolam endovenoso.