

Colocados en postoperatorio de cirugías torácicas, hepato-pancreáticas, urológicas, traumatológicas, cirugía general y en el área de tratamiento del dolor. En este caso buscamos presentar las complicaciones que hemos encontrado durante el seguimiento de dichos catéteres.

**Información adicional:** El seguimiento fue realizado por los residentes de anestesia de la institución reportando diariamente al anesthesiólogo a cargo del paciente. Se realizó un seguimiento diario desde la colocación hasta el retiro del mismo.

**Comentarios y discusión** (en relación a anestesiología): La colocación de un catéter peridural es un procedimiento invasivo en sí mismo. Como todo procedimiento y tratamiento no se encuentra exento de complicaciones tanto sea complicaciones inherentes al uso diferentes fármacos y concentraciones por esta vía o debido a la manipulación del catéter peridural. Buscamos presentar nuestra experiencia en el seguimiento y el manejo de las complicaciones ocurridas durante el mismo.

**Palabras clave:** Analgesia; Postoperatorio; Epidural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.023>

## P-23

### Déficit de colinesterasa plasmática. Reporte de un caso

R.A. Timpano, M.C. Martín, J.A. Zapico, J. Rodríguez Molina, V.L. Beltran

*Hospital Regional Dr. Ramon Carrillo, Santiago del Estero, Argentina*

**Introducción:** Uno de cada 50 pacientes tiene 1 gen de pseudocolinesterasa Normal y otro Anormal (Atípico) enzima atípica heterocigota, produciendo un bloqueo ligeramente prolongado (20-30 min) alterando el metabolismo de los relajantes musculares. Por otro lado, 1: 3000 pacientes tienen los 2 genes anormales, enzima atípica homocigota, produciendo un bloqueo de 4- 8 hs.

**Descripción del caso:** Paciente masculino 65 años, que ingresa por guardia por fractura expuesta, de miembro superior izquierdo. (GIII de cubito izquierdo). Al interrogatorio, paciente eufórico; Lucido, orientado, Glasgow 15/15, relata haberse cortado con una amoladora mientras trabajaba, no refiere antecedentes patológicos, y niega cirugías previas.

Paciente en actitud pasiva, se le explica el procedimiento anestésico a realizar.

**Premedicación:** Midazolam 3 mg (dosis 0,04 mg/kg) + Fentanilo 150 mcg (dosis 2 mcg/kg) + Oxígeno por canula nasal.

**Inducción:** Pre oxigenación con máscara facial, Propofol 140 mg (dosis 2 mg/kg) + Succinilcolina 80 mg.

Se realiza intubación sin dificultad, con tubo N 7,5; se acopla a respirador con una FiO<sub>2</sub> 60%, con FR 12 resp/min, Volumen Corriente de 475 ml.

**Mantenimiento anestésico:** Oxígeno, sevoflurano al 1%, Remifentanilo (dosis de 0,50 mg/kg), Atracurio 20 mg.

La cirugía transcurre sin inconvenientes, con una duración de 1 hora y 15 min. Se comienza la recuperación, se esperan los tiempos de vidas medias de las drogas y se observa una demora en el despertar, acompañado de una suba de tensión arterial y de la frecuencia cardíaca. Por lo

q se sospecha relajación residual, y se decide revertir con neostigmina, se vuelve a esperar el tiempo de acción de la misma y el paciente continúa sin recuperarse. Se comienzan a evaluar los distintos diagnósticos diferenciales de las causas, y se revierte la situación con la administración de plasma fresco congelado.

**Información adicional:** Dentro de los diagnósticos diferenciales evaluados se encuentran: Hipotermia, Concentraciones Enzimáticas Bajas (alteraciones renales, hepáticas, hipertiroidismo, acidosis respiratorias, alteraciones hidroelectrolíticas, embarazada).

El tratamiento de elección continúa siendo el plasma fresco congelado, en caso de no tener acceso a colinesterasas purificadas, para el déficit de colinesterasa plasmática.

**Comentarios y discusión:** Ante la falta de recursos, el diagnóstico se retrasó, lo que hubiese sido evitable si contáramos en nuestro hospital, con laboratorios de enzimas específicas durante la urgencia, al igual que con un neuroestimulador. Es importante que el paciente y sus familiares tengan presente su patología para futuras intervenciones quirúrgicas, y así evitar eventuales complicaciones.

**Palabras clave:** Colinesterasa plasmática; Enzima Atípica; Bloqueo neuromuscular; Plasma fresco

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.024>

## P-24

### Manejo anestésico en el paciente sometido a MEI en neurocirugía de extracción de tumor de columna

A. Mazzoleni, C.H. Latini, A. Martínez, D. García Picasso, O. Daud

*Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina*

**Introducción:** La monitorización electrofisiológica intraoperatoria (MEI) resulta imprescindible en la evaluación continua de la integridad y función medular durante la cirugía. El daño medular por una compresión o interferencia en el aporte sanguíneo, con el consiguiente déficit motor y/o sensitivo, es la complicación más temida en las intervenciones quirúrgicas espinales. Para obtener PESS (potenciales evocados somatosensoriales) y PEM (potenciales evocados motores) adecuados, es importante una técnica anestésica que no los altere.

**Descripción del caso:** Paciente masculino de 50 años de edad, consulta por parestesias en miembros superiores e inferiores y retención aguda de orina. Debido a la sospecha de compresión medular, se indica la realización de neuroimágenes. Se diagnostican múltiples tumores de localización intradural extramedular y decide su intervención quirúrgica apoyada por MEI. En el acto quirúrgico se realiza la inducción anestésica con 150 mcg fentanilo, 120 mg de propofol y 70 mg de succinilcolina y se procede con anestesia general intravenosa (TIVA) con propofol (4-8 mg/kg/min) y remifentanilo (0.5 mcg/kg/min); para el posoperatorio, 7 mg de morfina y 8 mg de ondansetron. Se extuba al paciente, sin complicaciones anestésicas ni quirúrgicas, y traslada despierto a UTI para monitoreo y control posoperatorio.