

Tiempo quirúrgico 1,5 hs para hernioplastia.

Se decide despertar al paciente bajo las mismas condiciones que en la inducción. Al obtener respuesta al llamado y por síndrome de excitación psicomotriz se extuba al paciente.

Por caída de la saturación se decide reintubar. Se recupera al paciente llegando a una saturación de O₂ 88%.

Se auscultan ambos campos pulmonares con presencia de sibilancias, roncus, y probables rales a predominio derecho. Se trata al paciente con salbutamol, hidrocortisona y ampicilina sulbactam, más maniobras de reclutamiento alveolar. Mejora la saturación a 96% con FiO₂ 1. Persiste una hipovenilación basal derecha.

Se decide pase a UTI. Requiere maniobras de reclutamiento pulmonar y necesidad de vasopresores. Se mide la PIA siendo el valor hallado de 25.

El paciente mejora y a los 5 días pasa a clínica médica.

Información adicional: A pesar de que la disminución de la CRF y la alteración en el intercambio gaseoso durante la anestesia general pueden ser multifactoriales, la normalización de la oxigenación arterial con la estrategia de reclutamiento alveolar confirma la hipótesis de que el colapso pulmonar es su principal responsable. Esta maniobra se realiza de manera controlada y segura con cualquier tipo de respirador.

Comentarios y discusión: En ateneo se expuso el caso planteándose como diagnósticos diferenciales sdra, atelectasia, broncoaspiración, broncoespasmo, coma mixedematoso frente a la desaturación aguda donde se llegó a la conclusión que el paciente sufrió un SDRA por influencia de todas las comórbidas que llevaron al colapso alveolar y a su descompensación hemodinámica.

Referencias

De Luis Cabezón, N., Sánchez Castro, I., Bengoetxea Uriarte, U.X., Rodrigo Casanova, M.P., García Peña, J.M., Aguilera Celorrio, L. Acute respiratory distress syndrome: A review of the Berlin definition. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2014;61(6):319-27

Nazar J Claudio, Bastidas E Javier, Zamora H Maximiliano, Coloma D Roberto, Fuentes H Ricardo. Manejo perioperatorio de pacientes con patología tiroidea y tratamiento crónico con corticoides. *Rev Chil Cir.* 2016 Feb;68(1): 87-93

Carrillo-Esper, R., Garnica-Escamilla, M.A. Intraabdominal pressure. *Revista Mexicana de Anestesiología.* 2010;33;Suppl.1:S175-S179. <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2010/cmas101aq.pdf>

Palabras clave: SDRA; Atelectasia; Desaturación; Reclutamiento

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.069>

P-69

Anestesia para craneotomía y resección tumoral en el paciente consciente

L. Garay, F. Nannini, D.A Casto

Hospital Lagomaggiore, Capital, Mendoza, Argentina

Introducción: La indicación anatómica de craneotomía vigil, dado el compromiso oncológico cerebral elocuente, representa el desafío de mantener distintos niveles de sedación y analgesia con una transición rápida y suave

dependiendo de la etapa de la cirugía con pacientes en un estado de alerta suficiente para lograr una adecuada cooperación para orientar decisiones quirúrgicas.

Caso clínico: JMC, paciente de 26 años, sexo femenino, ASA III, obesa, ex tabaquista, hipotiroidismo, glaucoma, crisis clónicas generalizadas sin alteración de la conciencia y antecedente de IOT dificultosa por TEC con fractura mandibular.

El paciente es informado detalladamente de la naturaleza del procedimiento y la conveniencia de realizar la cirugía en vigilia.

En quirófano se contó con carro de intubación dificultosa, guía por neuronavegador y psicólogo.

Se procedió con profilaxis antibiótica cefalotina 2g, profilaxis convulsiones levetiracetam 100mg, ranitidina 50mg, metoclopramida 10mg, dexametasona 8mg. Sedación con combinación propofol/remifentanilo en modelo TCI. Propofol 1 mcg/mL y remifentanilo 0,5 ng/mL con dexmedetomidina como adyuvante carga 0,8 mcg/kg y mantenimiento 0,2 mcg/kg/h. Monitoreo TANI, TAI, VVC, sonda vesical, oximetría y bigotera con línea de capnografía para detectar rápidamente alteraciones de la ventilación.

Anestesia local y se titulan dosis de Propofol 0,7 mcg/mL y remifentanilo 1,4 ng/mL y dexmedetomidina 0,15 mcg/kg/h.

Durante la estimulación cortical se realizan pruebas de secuencias lingüísticas preestablecidas y se obtienen respuestas adecuadas hasta el momento que presenta una crisis tónica que desvía la comisura al lado derecho, el cirujano inunda el campo quirúrgico con SF 0,9% y se inicia goteo de 500mg de fenitoína, cediendo el tic en menos de 1 minuto. El paciente refiere cefalea sin otra sintomatología acompañante. A los 15 minutos presenta trastorno del lenguaje caracterizado por una afasia sensorial persistente al solicitarle que repitiera las secuencias. Finalmente pudo researse un 50% de la masa tumoral, ya que el resto invadía completamente áreas elocuentes y pasó a UTI manifestando una parálisis facial con desviación de la comisura labial a la derecha.

En UTI presentó tres crisis tónicas con buena evolución posterior y, tras 3 días, pasa a sala común sin trastornos del lenguaje ni crisis tónicas.

Discusión: En nuestra impresión clínica, y según lo consignado en la literatura, el paciente toleró perfectamente el procedimiento sin expresar molestias de decúbito ni dolores durante la craneotomía, permitiendo un manejo quirúrgico hasta los límites de resección a las fronteras de las zonas elocuentes.

Palabras clave: Anestesia; Neurooncología; Craneotomía; Consciente

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.070>