

de plaquetas. El tiempo quirúrgico fue de 1, 30 horas. El sangrado aproximado de 250 ml. El paciente egresa de quirófano intubado, hemodiámicamente 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 gamaglobulina 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. Bannasar, 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 quimiorreceptores 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. Accesos venoso periférico 14 G y central doble lumen femoral. Anestesia general balanceada con sevoflurano 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 hemodinamicamente 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 nitroprusiato 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. Olguin, 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 morbimortalidad cardiovascular perioperatoria. Por cada 10 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> 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

balanceada. Inducción realizada con Midazolam, Fentanilo y Popofol. Mantenimiento con sevoflurano y remifentanilo. TAM promedio de 70. Ingresos 300ml de RL, sangrado despreciable, diuresis no cuantificada. Tiempo quirúrgico 2,5 hs. Al finalizar la cirugía el paciente es extubado y pasa a la unidad de recuperación postanestésica, hemodinámicamente estable. Se indica diálisis a las 24 hs.

**Información adicional:** Son fundamentales las consideraciones preanestésicas para una cirugía programada: complicaciones cardiovasculares, volemia, TA, osmolaridad plasmática y natremia, potasemia, equilibrio ácido-base,

calcio, magnesio y fósforo, hemostasia y coagulación, inmunidad.

**Comentarios y discusión:** Queremos resaltar la importancia de la actuación y el papel activo del anestesiólogo en la evaluación pre anestésica en este tipo de pacientes que son sometidos a cirugías programadas. La optimización del paciente, previa al procedimiento, disminuye la morbimortalidad perioperatoria.

**Palabras clave:** IRC; Terapia dialítica; Evaluación pre-anestésica

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.100>