

eliminan la contracción generalizada. Los anticolinesterásicos (neostigmina) pueden precipitar una miotonía

Comentarios: La crisis miotónica es la complicación más grave, sobre todo si ocurriera durante la intubación. factores desencadenantes: propia cirugía, hipotermia, ayuno patológico y agentes anestésicos usados en anestesia general. La anestesia locorreional es la técnica ideal en cirugías de extremidades y abdominales.

Palabras clave: Síndrome de Steinert; Anestesia locorreional; Crisis miotónica

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.052>

P-52

FAST TRACK en cirugía cardiovascular pediátrica: a propósito de un caso

P. Morgillo, W. Conejeros Parodi, A. Rosso, R. Pellicciari

Hospital de Niños Ricardo Gutierrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: El concepto en el cual los pacientes de cirugía cardiovascular pediátrica son extubados en las primeras 6 horas del postoperatorio, define la anestesia fast-track. esto permite tiempos de estancia más cortos en la unidad de cuidados intensivos y una menor incidencia de complicaciones. Cuando hablamos de ultra fast-track, la extubación se efectúa en la sala de operaciones.

Descripción del caso: Paciente de 8 años sexo masculino, 27 kilos. Con diagnóstico de insuficiencia aortica severa por endocarditis mitro-aortica con absceso en raíz aortica. El ecocardiograma muestra: 1) estenosis aortica valvuloplastiada, 2) insuficiencia aortica severa, 3) insuficiencia mitral severa, 4) función sistólica del vi conservada. Plan quirúrgico: cirugía de Ross.

En el intraquirúrgico se observa válvula aortica bicúspide con fusión comisural totalmente destruida por el proceso infeccioso y una perforación en la valva anterior mitral de 4 mm.

Se efectúa una inducción anestésica inhalatoria con dosis crecientes de sevoflurane, se coloca accesos vasculares, 18G en msd y msi y catéter central en vena yugular interna derecha. Se coloca catéter para TAM en arteria radial.

Fármacos utilizados en inducción y mantenimiento de la anestesia: fentanilo 20mcg/kg, sevoflurane 1%, rocuronio 1 mg/kg seguido de bolos de 0.5 mg/kg y dexmedetomidina 0.6mcg/kg/hr.

Monitoreo: ECG continuo, oximetría de pulso, pletismografía, capnografía, temperatura, VPS Y VPP, gases arteriales y venosos centrales, ecotransesofagico y tromboelastograma (Rotem).

Ingresa en circulación extra corpórea sin complicaciones. Tiempo total de bomba 334 minutos y 300 de clampeo. Se corrige alteraciones en la coagulación según ROTEM. Al finalizar la cirugía, ante ausencia de sangrado, gases en sangre normales y ante una estabilidad hemodinámica con asistencia de inotrópicos y vasopresores mínimos, se procede a la extubación del mismo.

Cursa un postoperatorio 12 horas en utip, para pasar a recuperación 20 horas y luego a sala sin drenajes.

En nuestra experiencia, la extubación precoz a pesar de la complejidad y duración del procedimiento sumado al largo

tiempo de bomba, nos permitió una corta estancia en la terapia intensiva y una corta estancia hospitalaria. Disminuyo el riesgo de incidencia de complicaciones pulmonares como resultado de una menor ventilación mecánica y una menor exposición a microorganismos patógenos.

Palabras clave: Fastrak; Cirugía cardiovascular

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.053>

P-53

Teratoma mediastinal en el prematuro extremo: consideraciones para el manejo anestésico

M.S. Fernandez, C.A. Tejjido

Hospital Italiano de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los teratomas mediastinales congénitos crecen rápidamente a partir de la semana 20 de gestación, posibilitando su diagnóstico prenatal. El 70% de los fetos enfermos se complican con taponamiento cardiaco e hidrops fetal (signo de mal pronóstico). El seguimiento y los tratamientos intraútero permiten posponer el nacimiento y reducir los riesgos de la prematuridad extrema en el neonato enfermo.

Descripción del caso: Paciente recién nacido pretérmino, 28.6 semanas de edad gestacional, 1.305 kg con diagnóstico prenatal de tumor mediastinal anterior e hidrops fetal. Nace críticamente enfermo, con distress respiratorio, hipercapnia refractaria a la ventilación mecánica de alta frecuencia oscilatoria (VAFO), inestabilidad hemodinámica por compresión extrínseca del ventrículo izquierdo, derrame pleural bilateral, quiloascitis, edema subcutáneo generalizado y oligoanuria refractaria. Se decide tratamiento quirúrgico del tumor a los dos días de vida.

En quirófano, el ETCO₂ permaneció elevado aun con VAFO y se agravó la inestabilidad hemodinámica con requerimientos crecientes de inotrópicos (TAM 40 mmHg con dopamina 15mcg/kg/min). La resección del tumor no generó mejoras inmediatas en el manejo respiratorio y hemodinámico del neonato, quien fallece a la semana refractario a los tratamientos de sostén.

Comentarios y Discusión: El 50% de los neonatos prematuros entre 26 y 28 semanas padecen síndrome de distress respiratorio, por inmadurez pulmonar y déficit de surfactante que genera colapso alveolar, aumento del trabajo respiratorio, alteración de la relación ventilación-perfusión e hipoxemia. La acidosis respiratoria aumenta las resistencias vasculares pulmonares con shunt derecha a izquierda en pacientes con ductus permeable. En el caso presentado, la presencia concomitante de un tumor mediastinal agrava el distress respiratorio por hipoplasia pulmonar secundaria a la presión tumoral intramediastinal y la presencia de derrame pleural bilateral y ascitis propias del hidrops fetal congénito.

No encontramos reportes de intervenciones quirúrgicas por teratoma mediastinal tan tempranas en RN pretérmino de extremo bajo peso. El manejo ventilatorio y la inestabilidad hemodinámica por compresión cardíaca extrínseca son los principales desafíos.

La resección tumoral es el único tratamiento efectivo. El sostén ventilatorio hasta la resección es clave para mejorar la oxigenación. Algunos estudios sugieren que