

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. Teijido

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

ante hipoxemia e hipercapnia resistentes a la ventilación mecánica convencional (VMC), la VAFO (volúmenes corrientes mínimos y frecuencias superiores a 300 ciclos/minuto con presión media en vía aérea elevada) optimizaría el manejo de la acidosis respiratoria. Las revisiones sistemáticas concluyen que no existen diferencias en término de mortalidad y displasia broncopulmonar entre VAFO y VMC. Debemos ajustar el tratamiento a cada caso en particular.

Palabras clave: Teratoma mediastinal; Neonato; Prematurez extrema

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.054>

P-54

Intubación translaringea guiada: una alternativa en medios que no cuentan con fibrobroncoscopio

N.N. Cafferata^{a,b}, M.F. Damato^b, O. Sueldo^c

^a Hospital Carlos G. Durand, CABA, Buenos Aires, Argentina

^b Hospital Dr. Enrique Erill, Escobar, Buenos Aires, Argentina

^c Hospital Santojanni, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Al igual que las guías para RCP de la AHA, los algoritmos para el manejo de la vía aérea dificultosa de las diferentes sociedades científicas hacen foco en maximizar la seguridad del paciente y su adopción generalizada por parte de los profesionales. Esto redundará en una disminución de las catástrofes respiratorias y la morbilidad asociada a las mismas. El algoritmo para manejo de la vía aérea de la ASA comienza con la pregunta más básica de todas: la existencia o no de una VAD. Ante una potencial VAD se recomienda realizar intubación vigil (preserva la ventilación espontánea y facilita reconocimiento de estructuras de la VAS por mantener el tono muscular) la cual puede ser realizada con técnicas invasivas o no invasivas.

Descripción del caso: Paciente sexo masculino 60 años, tabaquista, enolista, con carcinoma escamoso infiltrante cervical estadio avanzado, disfagia para sólidos, en plan para gastrostomía quirúrgica. Al examen físico presenta síndrome de impregnación, tumoración cervical de 10x8 cm con distorsión de la región oral sin desviación traqueal (RX y TC) y trismus. Movilidad cervical y anatomía región media del cuello conservada. Se decide intubación vigil translaringea guiada por falta de fibrobroncoscopio.

Información adicional: Preparación del paciente: monitoreo con oxímetro, ECG y TANI. Colocación de VVP #18G MSD, cánula nasal O2 a 5lt/min, atropina 0,5mg, sedoanalgesia: MDZ 1,5mg, remifenanilo 0,06mcg/kg/m, se realiza infiltración de piel con lidocaína al 2%, anestesia transtraqueal con 5cc de lidocaína al 4% y topicación con lidocaína spray al 10% de la cavidad oral. Localización de membrana cricotiroides por reparos anatómicos y punción con Abbocath 16G, progresión de catéter peridural en sentido cefálico y extracción del mismo por cavidad oral, tutorización de TET #6,5 y progresión del mismo con ayuda de rama Macintosh #4 como bajalengua. Se constata intubación mediante auscultación y capnografía.

Comentarios y discusión: Esta técnica dejada de lado con el advenimiento de la tecnología fibroóptica, todavía tiene su lugar dentro del armamento con el que cuenta el anestesiólogo para enfrentar escenarios de VAD, debido a su simplicidad, necesidad de poco material y la baja incidencia y morbilidad de sus complicaciones, que en su mayoría son autolimitadas (la más común sangrado del sitio de punción y enfisema subcutáneo), estando sobre todo vigente en ciertos escenarios en los que la fibrobroncoscopia no resulta de utilidad (abundante sangre y/o secreciones que imposibilitan visualización de la glotis) o no se encuentra disponible.

Palabras clave: Intubación; fibrobroncoscopia

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.055>

P-55

Uso de guía de eschmann para intubación nasotraqueal en paciente con fractura de maxilar

V.L. Beltran, R.A. Timpano, RdIA. Avila, S. De Almeida

Hospital Regional Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina

Introducción: Para cirugías maxilofaciales suele ser de elección la intubación nasotraqueal para permitir un campo quirúrgico libre. Esta técnica suele tener alto índice de éxito, pero a veces se presentan dificultades y complicaciones en algunos pacientes.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino, 26 años, 70Kg, 1,78 m. Vía aérea: apertura bucal mala, mal-lampatti IV, resto de parámetros normales. Se premedica con midazolam 0,04 mg/kg y fentanilo 2mcg/kg. Se administran 150 mg de propofol y 80 mg de succinilcolina. El primer operador realiza laringoscopia directa según técnica convencional de intubación nasal, observando epiglotis, pero sin visualizar orificio glótico. A continuación, un segundo operador realiza el intento refiriendo observar glotis pero sin éxito en paso de tubo. Finalmente se acude a anestesiólogo experimentado quien informa que se trata de CORMACK-LEHANE grado III e introduce el bougie o guía a través de fosa nasal, hasta percibir el roce con anillo traqueal. Luego, avanza el tubo N°6 para colocación endotraqueal, se retira la guía y se confirma correcta ubicación mediante capnografía y auscultación de murmullo vesicular en ambos campos pulmonares.

Información Adicional: Se logra la intubación nasal con uso de bougie, lo que es recomendable para pacientes con pronóstico de VAD, porque a pesar de ser poco utilizado es seguro, económico y fácil de emplear.

Discusión y conclusión: Habitualmente cuando nos hallamos ante VAD que precisa abordaje nasal el gold standard sigue siendo el vibroscopio flexible con paciente despierto, aunque también otros dispositivos ópticos exhiben excelentes resultados y son una alternativa válida por ejemplo el laringoscopio óptico Airtraq.

Palabras clave: Bougie; Laringoscopia; Intubación

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.056>