



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Anestesia para cesárea en paciente con esclerosis lateral amiotrófica: reporte de caso



Renato Moreno-Gonzales^{a,b,*}, Gunther Vásquez-Rojas^a y Meiling Rojas Fun^a

^a Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú

^b Instructor Latinoamericano Curso SAFE: Anestesia Obstétrica, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de abril de 2017

Aceptado el 4 de agosto de 2017

On-line el 26 de noviembre de 2017

Palabras clave:

Esclerosis lateral amiotrófica
Enfermedad de la neurona motora
Cesárea
Anestesia
Informe de caso

R E S U M E N

Introducción: En las gestantes con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica puede estar indicado parto por cesárea para evitar una mayor dificultad respiratoria materna debido a los cambios al final de la gestación y a la debilidad muscular progresiva propia de la enfermedad, motivo por el cual es necesario un manejo anestésico que garantice las condiciones idóneas para la cirugía y preserve la función respiratoria.

Objetivo: Describir el manejo anestésico de una paciente con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica programada para cesárea.

Métodos y resultados: Mostramos el caso de una gestante de 38 semanas con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica a quien se le realizó una cesárea, y cuya técnica anestésica empleada fue combinada espinal-epidural secuencial. Además, se realizó una revisión de la literatura al respecto.

Conclusiones: La anestesia regional combinada espinal-epidural secuencial fue una buena opción como técnica anestésica en esta paciente con esclerosis lateral amiotrófica para cesárea.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Anesthetic management of a patient diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis taken to cesarean section: Case report

A B S T R A C T

Introduction: In the obstetric population with amyotrophic lateral sclerosis, cesarean delivery may be indicated in order to avoid greater maternal respiratory distress induced by the physiologic changes at the end of gestation and the progressive muscle weakness caused by the disease. Optimal anaesthetic management is required in order to guarantee the ideal conditions for surgery and to preserve patient respiratory function.

Objective: To describe the anaesthetic management of a patient diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis scheduled for cesarean section.

Keywords:

Amyotrophic lateral sclerosis
Motor neuron disease
Cesarean section
Anesthesia
Case report

* Autor para correspondencia. Instituto Nacional Materno Perinatal. Avenida los Ingenieros 175, Departamento 402. Lima, Perú.
Correo electrónico: drrenatomoreno@yahoo.es (R. Moreno-Gonzales).

<https://doi.org/10.1016/j.rca.2017.08.004>

0120-3347/© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Methods and results: We describe the case of a 38-week pregnant woman diagnosed with amyotrophic lateral sclerosis who underwent cesarean section under sequential combined spinal-epidural anaesthesia. In addition, a review of the literature was conducted.

Conclusions: Combined spinal-epidural anaesthesia was a good option as anaesthetic technique for cesarean section in this patient with amyotrophic lateral sclerosis.

© 2017 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurológica progresiva con una incidencia de 1:50.000¹ que afecta especialmente a personas de sexo masculino entre la quinta y sexta década de la vida. Se caracteriza por la degeneración de motoneuronas superiores e inferiores debido a cambios degenerativos en tractos corticoespinales laterales de la médula espinal y, consecuentemente, denervación muscular².

La ELA, o enfermedad de Lou-Gehrig, es extremadamente rara en gestantes: solo se han reportado aproximadamente 12 casos de gestantes con ELA desde 1993. Resulta importante señalar que las demandas respiratorias del embarazo pueden resultar en falla ventilatoria aguda en pacientes con ELA, por lo que se recomienda establecer una línea de base temprana de la función respiratoria en el embarazo, con un seguimiento regular de la misma. Puede esperarse parto vaginal en algunos casos, pues el periné y la dinámica uterina no se alteran³; sin embargo, los cambios fisiológicos que se acentúan al final de la gestación, como la disminución de la capacidad residual funcional derivada de la disminución del volumen residual por el desplazamiento del diafragma causado por el útero grávido, pueden empeorar el estado respiratorio de la madre, secundario a la debilidad muscular progresiva propia de la enfermedad, lo que motivaría la indicación de una cesárea temprana.

Existen pocas recomendaciones en la literatura acerca del manejo anestésico de la parturienta con ELA. La analgesia y la anestesia epidural han sido usadas en estas pacientes sin evidencia de empeoramiento de la función neurológica en el postoperatorio. La pérdida progresiva de inervación lleva a atrofia muscular e hipersensibilidad de los receptores nicotínicos de acetilcolina. Estas pacientes tienen mayor sensibilidad al uso de relajantes neuromusculares no despolarizantes⁴; además, el uso de relajantes despolarizantes se asocia a contracciones neuromiotónicas, rabdomiólisis e hiperkalemia severa⁵. Por todas estas consideraciones, la gestante con ELA se convierte en un verdadero desafío para el manejo perioperatorio y de cuidados críticos.

Descripción del caso

Primigestante de 38 años de edad, con embarazo de 38 semanas y diagnóstico de ELA hace aproximadamente 10 años. Programada para cesárea categoría 4 por indicación obstétrica. A la evaluación neurológica presenta: debilidad muscular

progresiva, disartria severa, disfagia, labilidad emocional, funciones superiores conservadas y fasciculaciones en región anterior del tórax y lengua.

Con relación a la función muscular, presenta cuadriparesia (fuerza muscular en miembros superiores 2/5 y fuerza muscular en miembros inferiores 2/5), hipotonía, flacidez generalizada, hiperreflexia y reflejo de Babinsky positivo bilateral. A la evaluación neumológica se evidencia en la radiografía de tórax fibroenfisema moderado y en la espirometría restricción severa, teniéndose como diagnóstico insuficiencia respiratoria leve. Asintomática cardiovascular, riesgo cardiológico grado 2 (Score de Goldman), no hubo evaluación de la capacidad funcional, y no se evidencian soplos ni cianosis. A la evaluación anestésica: ASA III, peso 50 kg, talla 155 cm, IMC 20,83, apertura oral igual a 3 cm, distancia tiromentoniana mayor a 6 cm, Mallampati modificado grado 3, movilidad cervical conservada y en decúbito obligado. Se encuentran los siguientes signos vitales: frecuencia cardiaca de 86 lpm, presión arterial de 134/92 mmHg, frecuencia respiratoria de 20 rpm, saturación de oxígeno de 95% al aire ambiental y afebril.

Se explica a la paciente y al esposo la técnica anestésica, y luego de mencionarle los riesgos y beneficios de la misma, se procede a realizar una técnica combinada espinal-epidural secuencial.

Previo a la anestesia, se administraron 50 mg de ranitidina i.v., 10 mg de metoclopramida i.v. y 4 mg de dexametasona i.v. Se realizó monitorización ASA básica con preparación de equipo de vía aérea avanzada y sonda de aspiración. En posición decúbito lateral izquierda, previa asepsia y antisepsia, se ubicó el espacio epidural a nivel intervertebral L3-L4, a 4 cm de la piel. Usando aguja Tuohy n.º 18 y con técnica de pérdida de resistencia intermitente con aire, se llegó al espacio epidural sin complicaciones. Luego se procedió a insertar la aguja espinal Whitacre n.º 27 a través de la aguja Tuohy n.º 18 hasta comprobar el flujo de LCR, y se inyectó bupivacaína hiperbárica 6 mg más fentanilo 10 µg. Finalmente se pasó catéter epidural multiorificio n.º 20 y se fijó a 9 cm de la piel.

La prueba de aspiración del catéter fue negativa y se decidió no realizar dosis de prueba; se alcanzó un nivel sensorial anestésico hasta T7. Con la paciente en decúbito supino con lateralización uterina de 15° y después de 5 min de la inyección intratecal, se administró bupivacaína isobárica al 0,25% en 10 ml a través del catéter epidural, alcanzando un nivel de bloqueo sensorial de T5 a los 5 min con la finalidad de alcanzar un adecuado nivel anestésico minimizando los cambios hemodinámicos propios de una técnica espinal de dosis única. Se administró oxígeno a través de máscara con reservorio para

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8621757>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8621757>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)