



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Manejo anestésico en cesárea de una gestante con esclerosis múltiple: reporte de un caso y revisión de la literatura



Angel Christopher Quispe Ricci*

Departamento de Anestesiología, Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de abril de 2014

Aceptado el 13 de septiembre de 2014

On-line el 23 de octubre de 2014

Palabras clave:

Esclerosis Múltiple
Anestesia
Operación Cesárea
Anestesia Epidural
Embarazo Abdominal

RESUMEN

Se describe el caso de una gestante a término de 26 años con antecedente de esclerosis múltiple programada a cesárea con diagnóstico de macrosomía fetal y cesareada anterior una vez, en pródromos de trabajo de parto. Al examen físico, no déficit motor ni sensitivo. Hemograma: anemia y linfocitosis leve. La paciente fue sometida a cesárea con anestesia epidural dosis única sin complicaciones y con evolución favorable. La esclerosis múltiple es una enfermedad neurológica poco frecuente, y aún menos frecuente en gestantes con esclerosis múltiple sometidas a cesárea, por lo que se realizó una búsqueda de la literatura para un mejor manejo anestésico de este grupo de pacientes.

© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Management of anesthesia during C-section of a multiple sclerosis pregnant woman: Case report and literature review

ABSTRACT

Case description of a pregnant woman at term with a history of multiple sclerosis, scheduled for C-section and with a diagnosis of fetal macrosomia; the patient had undergone a C-section in the past during pro-dromal labor. The physical examination showed no motor or sensory deficit. The CBC showed anemia and mild lymphocytosis. The patient underwent cesarean section under single-dose epidural anesthesia with no complications and favorable evolution. Multiple sclerosis is a rare neurological condition, even rarer in pregnant women undergoing C-section. So a literature search was undertaken aimed at improving the management of anesthesia in this group of patients.

© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Multiple Sclerosis
Anesthesia
Cesarean Section
Anesthesia, Epidural
Pregnancy, Abdominal

* Autor para correspondencia: Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Jr Colina 1081 Bellavista Callao, Perú.

Correo electrónico: angelchristopherqr@yahoo.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2014.09.003>

0120-3347/© 2014 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

La esclerosis múltiple (EM) es una enfermedad desmielinizante del sistema nervioso central que afecta a individuos en etapas productivas de la vida y resulta de especial interés por la variedad de su presentación, su dificultad diagnóstica, los factores concurrentes para su desarrollo y su probable etiología¹⁻⁵. Su prevalencia en la ciudad de Lima (Perú) es de $7,69 \times 100.000$ habitantes (intervalo de confianza al 95%: 7,09 a 8,30), ubicándose como una zona de prevalencia media⁶.

En el Perú hay coincidencia en señalar a la forma recurrente remitente como la más frecuente, y el predominio femenino en una relación 2 a 1, con una edad de inicio de enfermedad en promedio es 31,5 años y una demora para el diagnóstico 3,8 años. Los síntomas más frecuentes presentados al inicio de la enfermedad fueron: neuritis óptica (36%), síntomas motores (35%) y síntomas sensitivos (33%). Durante el curso de la enfermedad se agregaron síntomas cerebelosos (49%), sensitivos (47%) y compromiso de esfínteres (42%)⁷.

El objetivo del presente trabajo fue dar a conocer un caso clínico del manejo anestésico en cesárea de una gestante con EM, y realizar la revisión de la literatura.

Se realizó una búsqueda exhaustiva de la literatura desde 1985 hasta 2013, en las bases de datos de Medline, Embase, Lilacs, Cochrane, Scielo (criterio de búsqueda: cesárea, anestesia, esclerosis múltiple, cesarean, anesthesia and multiple sclerosis), donde se ubicaron 4 casos clínicos, un estudio de cohorte y 3 revisiones del tema (fecha de búsqueda: 18 de octubre de 2013).

Reporte de caso

Gestante de 26 años en su segundo embarazo con 40 semanas y que fue programado a cesárea en emergencia obstétrica del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren con diagnóstico de macrosomía fetal, cesareada anterior, pródromos de trabajo de parto. Antecedente: diagnóstico de EM recurrente intermitente con 2 años de evolución; comenzó con disartria, hemiplejía y parálisis facial izquierda; una última recaída hace 7 meses con tratamiento ambulatorio de gabapentina 300 mg vía oral, tiamina 100 mg vía oral.

En la evaluación preoperatoria, no enfermedades asociadas, abuelo materno diagnóstico de EM; al examen físico, no déficit motor (se evaluó paresia de miembros inferiores y superiores, además de pares craneales) ni sensitivo (evaluada con la técnica de percepción de la sensación de pinchazos); en la evaluación de la vía aérea Mallampati II y distancia tiromentoniana mayor de 6 cm; hemograma: anemia y neutrofilia leve, no otras alteraciones de laboratorio; riesgo quirúrgico II; con un riesgo ASA II (enfermedad no activa).

Considerando el manejo estándar de cesáreas y la ausencia de contraindicación importante, se decidió realizar la anestesia epidural. Se obtuvo el consentimiento informado y se advirtió a la paciente que había una posibilidad de recaída de la enfermedad después del parto (no solo por el bloque anestésico regional).

Se monitorizó en la sala de operaciones con: frecuencia cardíaca, pulsioximetría, ECG, presión arterial. Se

realizó prehidratación con 500 ml de cloruro de sodio al 0,9%.

La anestesia se colocó en posición sentada y se llevó a cabo en el espacio entre la tercera y cuarta vértebra lumbar con una aguja touhy número 18, administrándose lidocaína al 2% sin epinefrina con una dosis total de 500 mg.

Se evaluó la evolución de la anestesia epidural con un bloqueo sensitivo (evaluado por percepción de sensación al pinchazo) del dermatoma T10 a los 4 min, bloqueo sensitivo pico del dermatoma T5 a los 25 min; regresión 2 dermatomas a los 65 min, regresión al dermatoma T10 a los 130 min.

Durante los 60 min de la intervención quirúrgica la paciente no presenta hipotensión (disminución de la presión arterial sistólica más del 25% de la basal, presión sistólica basal de 127 mmHg y menor presión sistólica registrada 115 mmHg) ni bradicardia (frecuencia cardíaca menor de 60), o cualquier otra complicación relacionada con la técnica anestésica. Se evaluó la analgesia intraoperatoria con la escala visual análoga (0 a 10) con una puntuación de 3 durante la incisión de la piel, incisión del útero, el parto y la exteriorización del útero; puntuación de 0 durante el cierre del peritoneo y de la piel; no hubo necesidad de analgésico adicional intraoperatorio. Se administró metamizol 2 g y dexametasona 4 mg endovenosamente.

En la unidad de recuperación postanestésica se evaluó el bloqueo motor, con una recuperación completa a los 120 min del inicio de la anestesia; se evaluó el dolor postoperatorio con un EVA de 3 a las 2 h del inicio de la anestesia, EVA 4 a las 4 h, 12 h y 24 h. No complicaciones postoperatorias. Se evaluó con examen neurológico a las 72 h, a los 7 días y a los 30 días, no presentando complicaciones neurológicas ni recaídas de la enfermedad (en el déficit motor se evaluó la paresia de miembros inferiores y superiores, además de pares craneales, y en el déficit sensitivo se evaluó con la técnica de percepción de la sensación de pinchazos).

Discusión

La EM es una enfermedad neurológica desmielinizante adquirida, que se caracteriza por remisiones neurológicas de los síntomas seguidas por déficit neurológico y por una incapacidad creciente en el tiempo.

La literatura que informa el uso de anestesia regional en mujeres con EM es limitada, y en algunos casos, contradictoria. Las enfermedades neurológicas preexistentes aún representan un problema, debido a litigios legales; por lo tanto, algunos anestesiólogos tienden a preferir anestesia general, como lo reportan Vercauteren y Heytens⁸, o el estudio retrospectivo de Drake et al.⁹, aunque no hay pruebas sólidas acerca de complicaciones graves relacionadas con la anestesia regional en estos pacientes.

Históricamente, el uso de las técnicas anestésicas regionales dentro de esta población de pacientes ha sido contraindicado por temor a empeorar la evolución neurológica: los pacientes con historial de compromiso neurológico serían más susceptibles a las lesiones si se exponen a un insulto secundario como traumatismo mecánico, toxicidad del anestésico local o isquemia neuronal.

La literatura reporta algunos casos en contra de la anestesia regional, como es el caso de Levesque et al.¹⁰; por otro

lado, algunos autores prefieren anestesia epidural también en cesáreas^{11,12}. Sin embargo, tras el parto otras condiciones podrían confundir la recaída de la enfermedad recurrente: el embarazo, el estrés quirúrgico, la elevada temperatura, la lactancia materna, y solo al final la anestesia parece estar involucrada.

En la última década, muchos datos sugieren que la anestesia locoregional es segura en estos pacientes. Perlas y Chan¹¹ afirman que la EM no debe ser considerado una contraindicación ni para la anestesia epidural ni para la anestesia espinal, haciendo hincapié en una conversación en profundidad con la paciente acerca de la posibilidades disponibles.

En la encuesta realizada por Drake et al., del Reino Unido, sobre la práctica de la anestesia obstétrica, los autores encuentran que la opinión se divide. Sin embargo, la mayoría utilizaría un bloqueo espinal para la cesárea, aunque todavía hay un porcentaje que utilizaría anestesia epidural o general, haciendo hincapié en la importancia de un consentimiento informado completo derivado de una evaluación preanestésica.

Pastò et al.¹², en su estudio de cohorte de anestesia epidural en cesárea en pacientes con EM, demostraron que no existe correlación entre anestesia epidural y recaída ni discapacidad posparto.

En el caso presentado, al ser una urgencia que se produjo en la noche, no se contó con la evaluación previa del neurólogo, por lo que se toma la decisión de realizar anestesia epidural (debido a sus ventajas de ser un bloqueo de instauración más lenta con menores cambios hemodinámicos, no habiendo contacto directo del anestésico local con la médula ni el encéfalo, el paciente está despierto y puede ver al recién nacido). Una de las principales razones por las que se eligió esta técnica es la existencia de un estudio de mayor calidad metodológica que demuestra la seguridad de la anestesia epidural; además, con el no uso de anestesia general se evita la manipulación de la vía aérea, que de por sí es considerada una vía aérea difícil. Nuestros resultados fueron satisfactorios en lo que respecta a la analgesia intraoperatoria, mientras que la duración de la anestesia es comparable con la población sana tratada de la misma manera, y no se encontraron deficiencias neurológicas después del parto ni durante el tiempo de seguimiento de 30 días.

La elección debe basarse en una cuidadosa consideración de los riesgos y beneficios de cada paciente, teniendo en cuenta una amplia evaluación neurológica y la preferencia de la paciente. De hecho, muchos autores sugieren una participación activa de la paciente en la toma de decisiones durante la evaluación preanestésica. Un manejo exitoso sería posible con la cooperación del anestesiólogo, el ginecólogo y el neurólogo que participan en el cuidado perinatal de este grupo de alto riesgo.

El consentimiento informado detallado con la paciente y familia es de gran importancia para evitar problemas médico-legales.

Según los estudios disponibles, parece ser que el comportamiento de la anestesia epidural en gestantes con EM es similar al de las gestantes sin esta enfermedad.

Según los estudios disponibles, parece ser que las puérperas con EM tienen la misma probabilidad de recaída que las no puérperas con EM.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Al servicio de Anestesiología Clínica por el apoyo a la investigación.

REFERENCIAS

1. Santiveri Papiol X, Roquer Expósito J. Valoración preoperatoria de los pacientes con enfermedades neurológicas y neuromusculares. En: Castaño Santa J, Castillo Monsegur J, Escolano Villén F, Montes Pérez A, Samsó Sabe E, editores. Evaluación y preparación preoperatorias. Madrid: Entheos; 2004. p. 101-12.
2. Dalmas AF, Texier C, Ducloy-Bouthors AS, Krivosic-Horber R. Obstetrical analgesia and anaesthesia in multiple sclerosis. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2003;22:861-4.
3. Horlocker TT. Complications of spinal and epidural anesthesia. *Anesthesiol Clin North Am.* 2000;18:461-85.
4. Noseworthy J, Lucchnetti C, Rodríguez M, Weinschenker B. Multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 2000;343:938-52.
5. Comptom A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet.* 2002;359:1221-31.
6. Vizcarra D, Kawano J, Castañeda C, Chereque A, Tipismana M, Bernabé A, et al. Prevalencia de esclerosis múltiple en Lima - Perú. *Rev Med Hered.* 2009;20:146-50.
7. Vizcarra-Escobar D, Cava-Prado L, Tipismana-Barbaran M. Descripción clínico epidemiológica de una serie de pacientes. *Rev Neurol.* 2005;41:591-5.
8. Vercauteren M, Heytens L. Anaesthetic considerations for patients with a preexisting neurological deficit: Are neuraxial techniques safe? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007;51:831-8.
9. Drake E, Drake M, Bird J, Russell R. Obstetric regional blocks for women with multiple sclerosis: A survey of UK experience. *Int J Obstet Anesth.* 2006;15:115-23.
10. Levesque P, Marsepoil T, Ho P, Venutolo F, Lesouef JM. Multiple sclerosis revealed by spinal anesthesia. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1988;7:68-70.
11. Perlas A, Chan VW. Neuraxial anesthesia and multiple sclerosis. *Can J Anaesth.* 2005;52:454-8.
12. Pastò L, Portaccio E, Ghezzi A, Hakiki B, Giannini M, Razzolini L, et al. Epidural analgesia and cesarean delivery in multiple sclerosis post-partum relapses: The Italian cohort study. *BMC Neurol.* 2012;12:165.