

coagulopatía y atonía uterina. Los otros diagnósticos mencionados fueron desestimados ya que no reunían la totalidad de los síntomas que caracterizaron al cuadro presentado. La ELA debe ser considerada ante el colapso cardiorrespiratorio súbito en cualquier paciente embarazada o en el postparto inmediato. Es una condición potencialmente mortal, su diagnóstico es clínico y de exclusión, y su tratamiento debe ser inmediato y enérgico para lograr resultados satisfactorios. No se recomienda el uso de laboratorios u otras pruebas específicas para confirmar o refutar su diagnóstico. Se recomienda la provisión inmediata de soporte vital básico y avanzado ante su sospecha, y un abordaje multidisciplinario (GRADO 1C).

Palabras clave: Colapso materno; Embolia de líquido amniótico; Coagulopatía

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.029>

P-29

Anestesia Regional vs General en paciente embarazada con Arnold Chiari y Siringomielia para Cesárea

S. Traverso, G. Morand, A. Figar, S. Benitez

Hospital Italiano de Buenos Aires, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La malformación de Chiari tipo I es un desplazamiento caudal del cerebelo con herniación amigdalina por debajo del foramen magno. Se presenta habitualmente en la edad media de la vida y más frecuente en mujeres. Comúnmente asociada a siringomielia comunicante.

La siringomielia es una condición neurológica rara, que se caracteriza por la presencia de una cavidad quística expansiva en la médula espinal, resultando en manifestaciones neurológicas.

Objetivos: Exponer la estrategia anestésica implementada consensuada entre la paciente, y ambos equipos tratantes; obstetras y anesthesiólogos; describiendo el sustento bibliográfico que avala nuestra decisión.

Descripción del caso: Se presenta paciente de 39 años, sexo femenino, cursando tercer trimestre de embarazo con antecedentes de Arnold Chiari y siringomielia y múltiples comorbilidades. Realizamos una revisión bibliográfica comparando las técnicas anestésicas focalizándonos en las ventajas y desventajas de ambas en este tipo de pacientes. Se detalla el manejo anestésico perioperatorio.

Discusión: No existe sustento bibliográfico que contraindique de manera absoluta la anestesia subaracnoidea en pacientes embarazadas con síndrome de Arnold Chiari. Cualquiera sea la técnica anestésica adoptada se debe tener precaución de no aumentar la presión intracraneana ni generar hipotensión subaracnoidea por fuga de líquido cefalorraquídeo. Debido a las múltiples comorbilidades que presentaba nuestra paciente, se consensuó entre los anesthesiólogos, obstetras, neonatólogos y la paciente realizar anestesia regional subaracnoidea.

Resultados: A través del empleo de una monitorización apropiada la paciente permaneció estable durante todo el procedimiento. Evolucionó favorablemente, sin complicaciones, ni signos ni síntomas de empeoramiento de su

enfermedad de base; recibiendo el alta hospitalaria a los seis días.

Conclusión: La complejidad que presenta el manejo de este tipo de patologías determina

la necesidad de adoptar un plan anestésico prolijo y definido a fin de evitar complicaciones potencialmente graves.

Palabras clave: Arnold Chiari; Siringomielia; Embarazo

Referencias

1. Jayaraman L, Sethi N, Sood J. Anaesthesia for Caesarean Section in a Patient with Lumbar Syringomyelia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2011;61:469-73, [http://dx.doi.org/10.1016/1665-50034-7094\(11\)70054-X](http://dx.doi.org/10.1016/1665-50034-7094(11)70054-X).

2. Angélica Díaz R, Fabio Dorian Cano A, David Rojas Z, Marianne Goich C. Siringomielia y embarazo. Reporte de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Obstet. Ginecol.* 2009;4:136-8.

3. López R, Nazar C, Sandoval P, Guerrero I, Mellado P, Lacassie HJ. Malformación de Arnold-Chiari tipo I con siringomielia, trabajo de parto y analgesia neuroaxial. *Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim.* 2007;54:317-21

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.030>

P-30

Dolor por rotura uterina durante trabajo de parto bajo analgesia epidural. Reporte de un caso

M.E. Garcia Guzzo, P. Rossi

Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Introducción: La rotura uterina es un evento de baja incidencia, pero con una elevada morbimortalidad para la madre y el feto. Dentro de los factores de riesgo para la misma, la cesárea anterior representa el más importante. El esfuerzo creciente de los sistemas de salud por disminuir el número de cesáreas, se ve reflejado en un aumento del número de mujeres que tras una cesárea anterior realizan un intento de parto vaginal. El papel del anesthesiologo resulta clave en este escenario.

Descripción del caso: Se describe el caso de una paciente de 31 años, 40 semanas de gestación, cesárea anterior hace 6 años, que ingresa con dilatación del cuello uterino de 6 cm, dinámica uterina y mala tolerancia al dolor. Se realiza anestesia peridural a nivel de L3-L4 con técnica de pérdida de resistencia a 6.5 cm. Se administran 12.5 mg de bupivacaína y 50 mcg de fentanilo. A los 60 min se repite bolo con 70 mg de lidocaína, con adecuada respuesta analgésica. A los 90 min de la última dosis, la paciente pasa a sala de partos refiriendo adecuada analgesia. En contexto de pujos reiterados se constata desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal y cambio súbito en las características del dolor percibido que refiere como ardor durante el pujo y ascenso de presentación. Se decide realizar cesárea con anestesia general. Se logra intubación exitosa. Se constata feto en cavidad abdominal y rotura uterina en área de cicatriz anterior. Se recibe recién nacido sin esfuerzo respiratorio, bradicárdico, estado ácido base de sangre de cordón 7.21/34/-13/13.6, ácido láctico: 9.6.

Comentarios y Discusión: Siendo la cesárea previa el principal factor de riesgo para rotura uterina, el anesthesiologo debería realizar una adecuada valoración de vía aérea