

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 anestesiólogos; 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 anestesiólogos, 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 anestesiólogo 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 anestesiólogo debería realizar una adecuada valoración de vía aérea

en pacientes que tras una cesárea intentan un parto vaginal, estableciendo un plan de acción en caso de requerirse anestesia general. Por otro lado, la anestesia epidural no demostró incrementar la incidencia de rotura uterina, existe asociación entre el incremento del número de dosis de refuerzo y la misma, por lo cual debería realizarse una valoración juiciosa ante esta situación. Si bien existen signos obstétricos en este caso que denotaron la rotura, como la desaceleración del ritmo cardíaco fetal y el ascenso de presentación, también fue muy importante el cambio en las características del dolor percibido por la paciente tras horas de analgesia epidural satisfactoria.

Palabras clave: Analgesia epidural; Trabajo de parto; Rotura uterina; Cesárea anterior; Dolor

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.031>

P-31

Cesárea de urgencia con hipertensión endocraneana idiopática

F.A. Mega Díaz, L. Ananía

CEMIC, CABA, Buenos Aires, Argentina

Introducción

La Hipertensión endocraneana idiopática (HTEI) se define como un aumento de la presión intracraneana (PIC) con composición del líquido céfalo raquídeo normal en ausencia de hidrocefalia o lesión de masa.

Descripción del caso: Paciente de 34 años de 80 kg, en seguimiento por unidad de embarazo de alto riesgo por cursar embarazo de 37,6 semanas complicado con diabetes gestacional sin requerimientos de insulina y diagnóstico de HTEI con dos episodios de que requirieron internación en el año 2001 y 2005. Cumple controles anuales con el neurólogo de cabecera, pero sin visita al mismo durante el embarazo. La paciente refiere que el mismo la asesora ante su deseo de fertilidad, sobre la contraindicación de procedimientos neuroaxiales al momento de finalización del embarazo.

Se interna para prueba de tolerancia a las contracciones por oligoamnios severo, que se suspende y se decide cesárea segmentaria por sufrimiento fetal agudo en el monitoreo fetal.

Se realiza anestesia general con intubación de secuencia rápida (ISR) con preoxigenación, 1 mg/kg de succinilcolina y 2 mg/kg de propofol. Se mantiene la anestesia sevoflurano al 1% y remifentanilo 0,15 mcg/kg/m. Se realiza 100 mg de tramadol y TAP block bilateral 20 ml de ropivacaína al 0,3% de cada lado. Se extuba satisfactoriamente sin presentar sintomatología neurológica por su enfermedad de base ni dolor.

Al día siguiente, la paciente comienza a deambular, con buen control del dolor, comienza a tolerar líquidos y sólidos por lo que se decide el alta de la misma.

Información adicional: Se evaluaron la falta de seguimiento de la HTEI durante el embarazo, la falta de ayuno, la emergencia y el buen control del dolor postoperatorio.

Comentarios y Discusión: La bibliografía muestra que en situaciones controladas de HTEI se puede utilizar la anestesia neuroaxial de forma satisfactoria para conducir un trabajo de parto o realizar una cesárea ya sea con

anestesia subaracnoidea o epidural, aún en presencia de catéter de derivación lumboperitoneal. En situación de emergencia, al no tener seguimiento de su médico de cabecera y por la falta de ayuno, se decidió realizar una anestesia general con ISR, circunstancia contemplada en la bibliografía pasible de aumentar la PIC.

Palabras clave: Hipertensión endocraneana; cesárea

Referencias

1. David H. Chestnut, Cynthia A. Wong, Lawrence C. Tsen, Warwick D. Ngan Kee, Yaakov Beilin, Jill M. Mhyre. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 5th Edition. Elsevier Saunders, Philadelphia: Philadelphia; 2014.
2. Karmanioliou I, Petropoulos G, Theodoraki K. Management of idiopathic intracranial hypertension in parturients: anesthetic considerations. Can J Anaesth. 2011;58:650-7, <http://dx.doi.org/10.1007/s12630-011-9508-4>.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.032>

P-32

Anestesia en cirugía intrauterina para el tratamiento prenatal de mielomeningocele

H. Allegrotti, F. Dall Armellina, C. Martínez Goñi, F. Leone, F. Sosa

Hospital austral, Pilar, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El mielomeningocele (MMC) es una anomalía congénita en la formación del tubo neural, el cual se cierra en forma incompleta induciendo la alteración de los planos óseos, musculares y dérmicos. Como resultante las meninges y medula espinal quedan expuestas al contacto directo con el líquido amniótico y las paredes uterinas, lo cual resulta en un efecto nocivo.

El objetivo de la cirugía es lograr una corrección precoz del defecto, deteniendo el deterioro neurológico intrauterino para mejorar la calidad de vida posterior.

Descripción del caso: El estudio más relevante en esta patología es el MOMS (Management of myelomeningocele study), donde se comparan los resultados entre la cirugía clásica postnatal y la intrauterina. Dicho estudio demostró que en los pacientes operados intrauterino antes de la semana 26 de gestación disminuía la necesidad de colocar válvulas de derivación ventrículo peritoneal, se revertía la malformación de Chiari y mejoraban los scores tanto motores como cognitivos.

Estos resultados motivaron el desarrollo del programa en el Hospital Austral desde el año 2015, contabilizando hasta la fecha 11 casos realizados con resultados alentadores. El objetivo de esta presentación de serie de casos es compartir nuestra experiencia anestesiológica.

Información adicional:

La mayoría de los diagnósticos se realizan entre la 19ª y 25ª semana de gestación mediante el uso de ecografía. Recientemente se han descrito algunos marcadores ecográficos precoces que permiten diagnosticarlo a partir de la 11ª y la 13ª semana.

Según el MOMS la posibilidad de realizar una cirugía correctiva intrauterina se da entre las semanas 19 y 25.

Comentarios y discusión: En la cirugía fetal hay dos pacientes en consideración. La madre, a la cual podemos monitorizar directamente y se encuentra en condiciones de