

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 cefalo 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 sevofluorano 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. Tsien, Warwick D. Ngan Kee, Yaakov Beilin, Jill M. Mhyre. Chestnut's Obstetric Anesthesia: Principles and Practice. 5th Edition. Elsevier Saunders, Philadelphia: Philadelphia; 2014.

2. Karmanioulou 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 resultado 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 19° y 25° semana de gestación mediante el uso de ecografía. Recientemente se han descrito algunos marcadores ecográficos precoces que permiten diagnosticarlo a partir de la 11° y la 13° 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