

expresar sus temores o desconfort y a quien se le pueden administrar fármacos que actúan rápido y de forma directa.

Por otro lado, el feto, en el cual inferimos su estado general de forma indirecta utilizando ecografía y a quien se le administran las drogas de forma intramuscular, con las desventajas ya conocidas propias de esta vía de administración.

Los puntos que consideramos más relevantes en el manejo anestesiológico para una cirugía fetal del MMC:

- Anestesia Materna
- 1. Anestesia Multimodal.
- 2. Monitoreo hemodinámico continuo.
- 3. Control de la actividad uterina.
- 4. Manejo intra y post operatorio del dolor.
- Anestesia Fetal
- 1. Anestesia intramuscular e inhalatoria
- 2. Monitoreo cardíaco indirecto
- 3. Protocolo de alergia al latex

Palabras clave: Mielomeningocele; Anestesia Fetal; Cirugía Fetal; Anestesia maternofetal

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.033>

P-33

Hemangioma vertebral lumbar sintomático en el embarazo

N.S. Longhi, C. Alvarez

Hospital Materno-infantil Ramon Sarda, CABA, Argentina

Introducción: Los hemangiomas vertebrales en el embarazo son raros y a menudo asintomáticos. Suelen corresponder a tumores vasculares benignos que pueden sufrir un aumento del tamaño durante el embarazo debido a su asociación con cambios hormonales. Se han reportado 30 casos en la literatura médica mundial desde el año 1948.

Descripción del caso: Una paciente de 21 años de edad G1PO y embarazo parcialmente controlado, con HTA crónica presentó un embarazo complicado con sintomatología neurológica en la semana 24; presentando parestesias en ambos miembros inferiores de rápida evolución sin componente motor, por lo que fue solicitada una RMN con contraste. Evidenció señal hiperintensa en región anterior de cuerpo vertebral L5. Ingresó al servicio de urgencias a las 35 semanas de edad gestacional por alteraciones en la vitalidad fetal, por lo que fue sometida a operación cesárea (CS-II). Debido al antecedente neurológico se optó por realizar anestesia general sin complicaciones. Evolucionó de manera favorable con disminución de las parestesias al mes.

Discusión: La localización más frecuente de los angiomas vertebrales es torácica, siguiendo la cervical y por último la lumbar. A pesar de que la mayoría se presentan como asintomáticos y se diagnostican como incidentalomas, durante el embarazo aumentan de tamaño debido a los cambios vasculares y hormonales provocando déficit neurológico. Su tratamiento es controvertido debido a la alta tasa de remisión luego del parto, pero puede ser necesaria la cirugía y embolización. Ante la presencia de dolor lumbar severo, aún sin síntomas neurológicos, debe investigarse la patología espinal con RMN y considerar esta entidad como diagnóstico diferencial.

Conclusiones: El embarazo es un factor de riesgo de agresividad de los hemangiomas vertebrales, principalmente durante el tercer trimestre del embarazo. A pesar de que muchos de los casos resuelven de manera espontánea luego del embarazo, el déficit neurológico progresivo y severo es el criterio para el tratamiento quirúrgico (embolización-radioterapia-cirugía) previo al parto o cesárea. Se recomienda evitar las técnicas neuroaxiales en los niveles comprometidos por el tumor y abordar el caso de manera multidisciplinaria.

Palabras clave: Hemangioma vertebral; Embarazo

Referencias

1. Moles A, Hamel O, Perret C, et al. Symptomatic vertebral hemangiomas during pregnancy. *J Neurosurg Spine*. 2014;20:585-91.
2. Staikou C, Stamelos M, Boutas I. Undiagnosed vertebral hemangioma causing a lumbar compression fracture and epidural hematoma in a parturient undergoing vaginal delivery under epidural analgesia. *Can J Anaesth*. 2015;62:901-6.
3. Vijay K, Shetty AP, Rajasekaran S. Symptomatic vertebral hemangioma in pregnancy treated antepartum. A case report with review of literature. *EurSpine J*. 2008;2:5299-303.

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.034>

P-34

Anestesia en el embarazo con fibrosis quística y el compromiso pulmonar: reporte de caso

C. Brenno Abreu^a, J. Matos Medeiros^a, J. Barbosa Ferreira^b, A. Belén Acevedo^b, C. Rodrigues^c, Wanderley Junior^c

^a Universidade Federal de Roraima, Boa Vista. Roraima, Brasil

^b Instituto Universitario de Ciencias de la Salud de la Fundación Héctor A. Barceló, Buenos Aires, Argentina

^c Hospital General de Roraima, Boa Vista. Roraima, Brasil

Introducción: La fibrosis quística es una enfermedad genética autosómica recesiva; resulta de la mutación de un gen ubicado en el brazo largo del cromosoma 7 que codifica la proteína compleja llamada CFTR presente en numerosos epitelios y que funciona como un canal o poro para el paso del ión cloro. Esta alteración produce como consecuencia excesivas secreciones viscosas que interfieren en el buen funcionamiento del sistema reproductor, respiratorio y gastrointestinal debido la obstrucción. El sistema respiratorio es el sistema más afectado gravemente, con señales de fibrosis, hipoxia crónica, bronquiectasia, hiperinsuflación y en muchos de los casos hipertensión pulmonar. Con los avances en la medicina, el diagnóstico precoz y tratamiento modernos el número de pacientes que llega a fase adulta está en ascenso. Siendo de indiscutible importancia el conocimiento a respecto de la influencia de esta morbilidad durante el embarazo.

Descripción del caso: Paciente con 26 años de edad, blanca, con 38 semanas de embarazo, historia clínica de fibrosis quística descubierta hace 5 años y actualmente una insuficiencia respiratoria aguda con necesidad de ventilación mecánica. Paciente sin hipertensión pulmonar y compromiso cardíaco. En tratamiento con corticoide inhalatorio,

azitromicina, agonista beta 2 de corta y larga duración y Dornasa alfa. Ingresó la maternidad y fue inducida a trabajo de parto, iniciado analgesia precoz vía catéter peridural. Dosis inicial administrada de forma lenta y gradual, teniendo nivel de bloqueo, con clorhidrato de ropivacaína 0,75%, fentanilo 100mcg, morfina 2 mg. Monitorización continua de oximetría. La parturienta evolucionó sin quejas de dolor necesitando de esta única dosis hasta el período expulsivo.

Información adicional: Con historia de preeclampsia, sin internación durante el embarazo.

Comentarios y discusión: Las disfunciones respiratorias durante el embarazo sumado a la fibrosis quística son factores preocupantes relacionados a la función pulmonar. La conducta anestésica debe ser efectiva para una función pulmonar óptima. Se debe mantener al paciente hidratado, monitorizado con oxímetro para evaluar la necesidad de oxígeno y controlando de manera regular la glucemia que no son objetivos anestésicos. La anestesia regional precoz evita la hiperventilación. La anestesia regional peridural con catéter retorna más posiblemente al control de los niveles de bloqueo y tiene menor repercusión hemodinámica. El uso de opioides y bloqueo debe ser hecho con cuidado, porque no se puede poner en riesgo a la capacidad de todo el manejo respiratorio. Impedir la utilización de drogas anticolinérgicas y óxido nitroso si la anestesia general se hace necesaria, usar preferentemente la anestesia inhalatoria.

Palabras clave: Anestesia en el embarazo; Fibrosis quística pulmonar

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.035>

P-35

Pérdida de resistencia epidural con solución salina y aire: un ensayo clínico aleatorizado

L.E. Ferrer, D.J. Romero, V. Mojica, E.C. Matute, S. Pacheco, S. Jaramillo

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia

Introducción: La analgesia neuroaxial depende de la correcta localización de la aguja, que a su vez depende de la técnica de pérdida de resistencia epidural con aire o con solución salina. Hasta el momento no se ha establecido una técnica óptima para esto, por lo que el anestesiólogo se ve forzado a tomar una decisión basado en su experiencia personal.

Objetivos: Comparar las técnicas de pérdida de resistencia epidural con solución salina y aire ≤ 3 mL.

Material y método: Este ensayo clínico aleatorizado se llevó a cabo en mujeres en trabajo de parto a término entre las edades de 18 y 40 años. Las pacientes se asignaron aleatoriamente en proporción 1:1 a los grupos de pérdida de resistencia con solución salina y con aire. Se evaluaron la colocación correcta del catéter, control del dolor, satisfacción materna, características del bloqueo y efectos adversos.

Resultados: Se incluyeron 208 pacientes obstétricas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la identificación exitosa del espacio epidural ($P = 0.56$). El control del dolor, la satisfacción materna, las características

del bloqueo y la incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos.

Discusión: Mientras que estudios previos muestran cambios en cuanto a las variables evaluadas en ambas técnicas de pérdida de resistencia, nuestro estudio no mostró diferencias estadísticamente significativas. No se tomó en cuenta el tiempo de inserción del catéter, lo que pudo afectar los resultados, ya que un procedimiento más largo puede influir en la analgesia y en la satisfacción del paciente.

Conclusiones: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en desenlaces de dolor y obstétricos. Usar volúmenes de aire ≤ 3 mL o solución salina para localizar el espacio epidural no demostró diferencias en la incidencia de complicaciones.

Palabras clave: Analgesia epidural

<https://doi.org/10.1016/j.raa.2017.11.036>

P-36

Analgesia peridural para conducción del trabajo de parto en paciente de 12 años de edad

MdIP Caamaño, S. Cilli, S. Latorre, C. Alvarez

Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires, Argentina

Introducción: El embarazo en pacientes menores de 15 años se ha convertido en un problema de salud en todo el mundo debido a su alta incidencia y la elevada morbilidad tanto materna como fetal. En Argentina se producen 3000 nacimientos anuales que involucran madres de dicho rango etario.

Descripción del caso: Paciente femenina de 12 años de edad, primigesta, embarazo de término, bolsa rota, en primer período de trabajo de parto, presentación cefálica, dilatación cervical 4 cm, contracciones uterinas frecuentes, intenso dolor abdominoperineal.

Se realiza analgesia para el trabajo de parto utilizando técnica combinada (bloqueo subaracnoidal + bloqueo epidural con colocación de catéter) observándose cese del dolor. A los 50 minutos la paciente refiere intenso dolor perineal por lo que se administra vía catéter epidural 10 ml de bupivacaina al 0,125%. Se produce la expulsión del feto (RN vivo vigoroso) y luego el alumbramiento. Se administran 5 ml de bupivacaina al 0,125% por el catéter epidural y procede a retirarlo.

Discusión: La morbilidad de la adolescente embarazada, se puede clasificar por períodos de la gestación: en la primera mitad se destacan el aborto, la anemia, las infecciones urinarias, y la bacteriuria asintomática y en la segunda mitad los cuadros hipertensivos, las hemorragias asociadas con afeciones placentarias, la escasa ganancia de peso con malnutrición materna asociada, síntomas de parto prematuro y la rotura prematura de las membranas. En el período del parto se observa alteraciones en la presentación y en la posición del feto por la desproporcióncefalopélvica; distocias que provocan mayor uso de fórceps y ejecución de cesáreas, y otras complicaciones como desgarros, hemorragias e infecciones.

Conclusiones: Si bien el manejo anestésico es similar al de cualquier otra paciente embarazada, con priorización de