

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 cardiaco 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 19^o y 25^o semana de gestación mediante el uso de ecografía. Recientemente se han descrito algunos marcadores ecográficos precoces que permiten diagnosticarlo a partir de la 11^o y la 13^o 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

expresar sus temores o disconfort 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 látex

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

<https://doi.org/10.1016/j.aa.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. *Eur Spine J*. 2008;2:S299-303.

<https://doi.org/10.1016/j.aa.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 Hector 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 a 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 esta 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,