

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,