



# REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



## NOTA CLÍNICA

### Analgesia epidural para el trabajo de parto en gestante con esclerosis múltiple

M.J. Mayorga Buiza\*, F. Caba Barrientos, F. Suárez Cordero y M. Echevarría Moreno

*Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital de Valme, Sevilla, España*

Recibido el 26 de abril de 2010; aceptado el 1 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 17 de julio de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Epidural;  
Esclerosis múltiple;  
Trabajo de parto

#### Resumen

La Esclerosis Múltiple (EM), es una enfermedad del SNC siendo 2 veces más frecuente su aparición en mujeres, el 70% de ellas en edad fértil. Desde el punto de vista anestésico nos encontramos ante una enfermedad con elevada susceptibilidad neurológica que podría agravarse tanto por la propia cirugía, la técnica anestésica como por la medicación utilizada. Por otra parte se plantea como atender la demanda de analgesia para el trabajo de parto en mujeres con EM, que es el grupo de edad con mayor incidencia de la enfermedad. Presentamos el caso de una mujer de 37 años diagnosticada de esclerosis múltiples 3 años antes, forma recidivante, remitente. La paciente es ingresada en dilatación con 37 semanas de amenorrea, presentando una buena evolución del trabajo de parto y encontrándose el feto en situación longitudinal y presentación cefálica. Avisan al Servicio de Anestesia para valoración de la indicación de epidural para analgesia del parto. La gestante previamente había acudido a consulta de preanestesia donde se le había informado del riesgo beneficio de la técnica y en concreto en su caso, habiendo entendido perfectamente las posibles complicaciones derivadas de la misma y firmado el consentimiento informado. Nosotros hemos preferido utilizar una técnica locoregional, vía epidural considerando también el riesgo potencial de cesárea urgente, para evitar, dado el caso la realización de una técnica intrarraquídea o una anestesia general, con las posibilidades de desencadenar un brote que tienen estas técnicas. Además de aportar confort a la paciente durante el trabajo de parto, proporcionar analgesia durante el mismo, disminuye por este motivo el estrés de la gestante pudiendo paralelamente evitar la aparición de un brote.

© 2010 Sociedad Española del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mayorgamj@hotmail.com (M.J. Mayorga Buiza).

**KEYWORDS**

Epidural;  
Multiple sclerosis;  
Labour

**Epidural analgesia during labour of a patient with multiple sclerosis****Abstract**

Multiple sclerosis (MS) is a disease of the central nervous system (CNS), and twice as prevalent in women, 70% of whom are of fertile age. From an anaesthetics point of view, due to it being a disease with a high neurological susceptibility it can be aggravated by, the surgery itself, the anaesthetic technique and the medication used. On the other hand, it is about how to meet the demand for analgesia during labour by women with MS, which is the age group with a higher incidence of the disease. We present the case of a 37 year-old woman who was diagnosed 3 years before with a remitting, recurring Multiple Sclerosis. The patient was admitted in dilation in the 37th week of gestation. Labour was progressing well and the foetus was in a longitudinal lie and cephalic presentation. The Anaesthesia Department was informed to assess the indication of an epidural for analgesia during labour. The patient had been seen previously in a pre-anaesthesia clinic where she was informed of the risks and benefits of the technique and in her case in particular. Having understood the possible complications arising from this, she had signed the informed consent. We prefer to use the local/regional epidural technique, bearing in mind the potential risk of an urgent caesarean. This is also to avoid, as is the cases when performing an intra-spinal technique or general anaesthesia, the possibilities of triggering a rash, which can occur with these techniques. Besides giving comfort to the patient during labour, it provides analgesia, and for this reason reduces stress in the patient, as well as being able to prevent a rash appearing.

© 2010 Sociedad Española del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

La esclerosis múltiple (EM), es una enfermedad del SNC caracterizada por la aparición aleatoria y diseminada de áreas de desmielinización en los tractos neuronales corticoespinales que no afecta a los nervios periféricos. Incide especialmente en adultos jóvenes, manifestándose con periodos de exacerbación y remisión a intervalos imprevisibles. Afecta aproximadamente a 1 de cada 1.000 personas en el mundo occidental, siendo dos veces más frecuente su aparición en mujeres, el 70% de ellas en edad fértil. La etiología es desconocida aunque estudios epidemiológicos demuestran una asociación de factores ambientales, factores genéticos e incluso infecciones por virus; es posible que la infección favorezca el desarrollo de la enfermedad en huéspedes con una predisposición genética/inmunológica. La clínica se caracteriza por debilidad muscular, ataxia, parestesias, alteraciones visuales y ocasionalmente contracturas musculares. Es común la debilidad de músculos respiratorios como consecuencia de lesiones neurológicas o la atrofia por desuso.

Desde el punto de vista anestésico nos encontramos ante una enfermedad con elevada susceptibilidad neurológica que podría agravarse tanto por la propia cirugía, la técnica anestésica como por la medicación utilizada<sup>1</sup>. Por otra parte se plantea como atender la demanda de analgesia para el trabajo de parto en mujeres con EM, que como ya se ha comentado es el grupo de edad con mayor incidencia de la enfermedad.

Presentamos el caso de una mujer de 37 años diagnosticada de esclerosis múltiple 3 años antes, forma recidivante, remitente. En la RNM aparecen lesiones múltiples en sustancia blanca localizada a nivel supra e infratentorial. Actualmente en fase de remitente y como única sintomatología destacaba discreta debilidad en miembros inferiores como secuela. El último brote lo presentó hace 2 años. En tratamiento con Interferón Beta 1-B subcutáneo 3

veces/semana y en seguimiento por neurología. Como otros antecedentes destacan un ingreso por hemorragia digestiva secundaria a un pólipo intestinal y dislipemia. Fumadora de 10 cigarrillos/d. La paciente es ingresada en dilatación con 37 semanas de amenorrea, presentando una buena evolución del trabajo de parto y encontrándose el feto en situación longitudinal y presentación cefálica. Avisan al servicio de anestesia para valoración de la indicación de epidural para analgesia del parto. La gestante previamente había acudido a consulta de preanestesia donde se le había informado del riesgo beneficio de la técnica y en concreto en su caso, habiendo entendido perfectamente las posibles complicaciones derivadas de la misma y firmado el consentimiento informado. No obstante en paritorio volvimos a informarla de tales riesgos y comprobar nuevamente su comprensión, que aceptó. Insertamos un cateter epidural 4 cm entre L3-L4. Realizamos dosis test con 4 mililitros (ml) de bupivacaína 0,25% con vasoconstrictor e iniciamos analgesia con 6 ml de ropivacaína 0,2% seguido de perfusión de ropivacaína 0,125% más fentanilo 1 mg/ml a razón de 10 ml/h durante 3 h y a 12 ml/h hasta el final del parto. En total el parto duró 325 min, consiguiéndose un EVA (Escala Visual Analógica) de 3 a 5/10. Fue parto vaginal con ventosa para abreviar el expulsivo que duró 15 min sin otras incidencias. Fue dada de alta 2 días después sin presentar ninguna clínica neurológica. El índice de Bromage durante todo el trabajo de parto fue de 0, es decir, no hubo bloqueo motor. Contactamos telefónicamente con la paciente a los 3, 6 y 12 meses no presentando nuevos brotes.

**Discusión**

Existe controversia sobre la técnica anestésica a utilizar en la EM. La utilización de relajantes musculares podría

potenciar el grado de bloqueo neuromuscular convirtiéndolo en prolongado y mantenido dependiendo del grado de evolución de la enfermedad<sup>2</sup>. La insuficiencia respiratoria como efecto residual del bloqueo muscular sería la mayor preocupación a tener en cuenta en el postoperatorio inmediato por el efecto magnificado de los relajantes en esta enfermedad. Por otro lado, la utilización de relajantes musculares despolarizantes, además de las subsiguientes elevaciones plasmáticas de potasio, supondría una mayor posibilidad de desencadenar en estos pacientes hipertermia maligna<sup>3</sup>. Aún así, si fuera imprescindible su uso, sería aconsejable utilizar los no despolarizantes en dosis fraccionadas y con monitorización neuromuscular. La realización de técnicas locoregionales, como técnicas anestésicas alternativas, no dejaría de ser un potencial riesgo de agravar el trastorno neuromuscular existente por el efecto directo de bloqueo nervioso anestésico<sup>4</sup>. Los pacientes con EM presentan una sensibilidad aumentada a los anestésicos locales, pudiendo presentar un efecto prolongado a los mismos y una elevada incidencia de hipotensión arterial, habitualmente resistente al tratamiento vasopresor intravenoso. La aplicación de técnicas de analgesia neuroaxial debe evaluarse cuidadosamente, ya que pueden estar contraindicadas durante los brotes agudos de la enfermedad<sup>5</sup>. Se desaconseja el uso de dosis y concentraciones elevadas de anestésicos locales por vía epidural, así como el uso de anestesia intradural, especialmente durante un brote de la enfermedad por el efecto neurotóxico que tienen los anestésicos locales administrados por esta vía<sup>6</sup>, aunque un estudio prospectivo europeo sobre embarazo y esclerosis múltiple (PRIMS) en 254 gestantes concluye que la analgesia epidural con anestésicos locales y opioides no tiene efectos adversos sobre el inicio de las crisis o la progresión de la enfermedad<sup>7</sup>. No obstante, sería recomendable ofrecer a las gestantes otras alternativas al uso de la analgesia epidural; de esta forma se han publicado casos donde se resuelve este problema con el uso de una analgesia controlada por la paciente (PCA) vía intravenosa con remifentanilo<sup>8</sup>. El principal problema de la utilización de opioides es la sedación y la depresión respiratoria del neonato, dosis y tiempo dependiente. En el caso del remifentanilo, dada su farmacocinética, más potente y de vida media más corta la incidencia de estos efectos adversos es menor, pudiéndose considerar un fármaco seguro. Sin embargo nosotros hemos preferido utilizar una técnica locoregional, vía epidural considerando también el riesgo potencial de cesárea

urgente, para evitar, dado el caso la realización de una técnica intrarraquídea o una anestesia general, con las implicaciones que ya hemos mencionado antes.

Además de aportar confort a la paciente durante el trabajo de parto, proporcionar analgesia durante el mismo, disminuye por este motivo el estrés de la gestante pudiendo paralelamente evitar la aparición de un brote.

Por otra parte consideramos fundamental la visita preanestésica previa de la paciente, para una correcta información y explicación de la técnica y sus implicaciones y de esta forma además disminuir la ansiedad de la gestante ante el trabajo de parto, el dolor y la técnica propuesta para controlarlo en cada caso.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Vercauteren M. Anaesthetic considerations for patients with a pre-existing neurological deficit: are neuroaxial techniques safe? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2007;51:831–8.
2. Stevens JB. Wheatley LaDona Tracheal intubation in ambulatory surgery patients: using remifentanyl and propofol without muscle relaxants. *Anesth Analg.* 1998;86:45–9.
3. Cooperman LH. Succinylcholine-induced hyperkalemia in neuromuscular disease. *JAMA.* 1970;213:1867–71.
4. Dalmas AF, Texier C, Ducloy-Bouthors AS, Krivosic-Horber R. Obstetrical analgesia and anaesthesia in multiple sclerosis. *Ann Fr Anesth Reanim.* 2003;22:861–4.
5. Bader A, Hunt CO, Datta S, Naulty JS, Ostheimer GW. Anesthesia for the obstetric patient with multiple sclerosis. *J Clin Anesth.* 1988;1:21–4.
6. Eickhoff K, Wikstrom J, Poser S, Bauer H. Protein profile of cerebrospinal fluid in multiple sclerosis with special reference to the function of the blood brain barrier. *J Neurol.* 1977;214:207–15.
7. Confavreux C, Hutchinson M, Hours MM, Cortinovis-Tourniaire P, Moreau T. Rate of pregnancy-related elapse in multiple sclerosis. *N Engl J Med.* 1998;339:285–91.
8. Lopez-Millán JM, Blanco L, Alcañiz JB, De las Mulas M. Analgesia del trabajo de parto con remifentanilo por vía intravenosa mediante un sistema de analgesia controlada por el paciente (PCIA) en un caso de esclerosis múltiple. *Rev Esp Anesthesiol Reanim.* 2007;54:200–2.