



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Official Publication of the Brazilian Society of Anesthesiology
www.sba.com.br



INFORMACIONES CLÍNICAS

Anestesia para Cesárea en Paciente con el Síndrome de Guillain-Barré: Relato de Caso

Daniel Volquind* ¹, Roberto Taboada Fellini ², Giana Lucho Rose ², Gabriel Pedro Tarso ³

1. Título Superior en Anestesiología (TSA); Profesor de la Universidade de Caxias do Sul; Anestesiólogo de la CAN-Clínica de Anestesiologia de Caxias do Sul, RS, Brasil
 2. Anestesiólogo de la CAN - Clínica de Anestesiologia de Caxias do Sul, RS, Brasil
 3. Estudiante del 4 año de lo curso de medicina de la Universidade de Caxias do Sul, RS, Brasil
- Recibido de la Universidade de Caxias do Sul (UCS), Rio Grande do Sul, Brasil.

Artículo sometido el 14 de mayo de 2012. Aprobado el 25 de junio de 2012.

Descriptores:

ANESTESIA, Obstetricia;
CIRUGÍA, Cesarea;
Síndrome de Guillain-
Barré.

Resumen

Justificativa y objetivos: El Síndrome de Guillain-Barré durante la gestación se considera una complicación neurológica rara y todavía no se ha llegado a un consenso en la literatura sobre el manejo anestésico para la cesárea en esas pacientes. El objetivo de este artículo, es relatar el caso de una paciente gestante portadora del Síndrome de Guillain-Barré sometida a la cesárea.

Relato del caso: Paciente femenina con 22 años, con 35 semanas y cinco días de edad gestacional, sometida a cesárea e ingresada, relatando una disminución de fuerza y parestesias en los miembros inferiores. El examen del líquido cefalorraquídeo arrojó elevación de proteínas (304 mg.dL⁻¹) sin el aumento de la celularidad. La técnica anestésica usada fue la anestesia general, inducida con propofol 1,5 mg.kg⁻¹ y mantenida con sevoflurano al 2% en oxígeno y fentanilo 3 µg.kg⁻¹. El procedimiento transcurrió sin complicaciones, tanto para la gestante como para el feto. Se le dio el alta a la paciente al décimo día del ingreso, posteriormente a la mejoría progresiva del cuadro neurológico.

Conclusiones: La técnica anestésica que se usa en las gestantes portadoras del Síndrome de Guillain-Barré que necesitan cesárea, permanece como siendo una elección del anestesiólogo, que debe dejarse guiar por el cuadro clínico y por las comorbilidades de cada paciente.

© 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda, desmielinizante e inflamatoria, que se caracteriza por la pérdida de fuerza progresiva, arreflexia y parálisis flácida ascendente ¹⁻⁴.

La incidencia de la SGB en la población en general es de 0,75-2/100.000 por año. Sin embargo, durante la gestación se presenta como una complicación neurológica rara asociada con una incidencia aumentada de insuficiencia respiratoria (35%) y con el aumento en la mortalidad materna (10-13%) ².

*Correspondencia para: Rua Doutor José Aloysio Brugger, 992/402, Caxias do Sul, RS, Brasil. CEP: 95050-150.

E-mail: danielvolquind@gmail.com

ISSN/\$ - see front matter © 2013 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

doi: 10.1016/j.bjanes.2012.06.002

El diagnóstico de la SGB se basa en la presentación clínica, en los exámenes laboratoriales y en la electroneuromiografía.

Todavía no se ha llegado a ningún consenso en la literatura sobre el manejo anestésico para la cesárea en pacientes con SGB, lo que ha motivado la presentación de este caso clínico.

Relato de caso

Paciente femenina, blanca, de 22 años, tabaquista, obesa, con 35 semanas y cinco días de edad gestacional, historial previa de infección del tracto urinario, ingresada relatando quejarse de una disminución de fuerza en los miembros inferiores, lo que provocó que se cayese tres días antes del ingreso.

La paciente refería parestesias en los miembros inferiores. Durante el examen neurológico, presentó arreflexia bilateral, reflejo cutáneo plantar abolido y pérdida de la fuerza en los dos miembros inferiores. La resonancia magnética de encéfalo y la columna vertebral no fue conclusiva. El examen del líquido cefalorraquídeo tuvo un aspecto límpido, incoloro, con glucosa 69 mg.dL^{-1} ($45\text{-}80 \text{ mg.dL}^{-1}$), proteínas 304 mg.dL^{-1} ($15\text{-}50 \text{ mg.dL}^{-1}$) y ausencia de alteraciones bioquímicas o relacionadas con la celularidad. No presentó alteraciones hematimétricas, bioquímicas o de la coagulación en la investigación laboratorial.

Al examen obstétrico tenía oligohidramnios sin historial de pérdidas vaginales, latidos cardíacos fetales sin alteraciones y pródromos de trabajo de parto.

La investigación neurológica diagnosticó la SGB y se indicó la interrupción de la gestación por medio de parto por cesárea con profilaxis para eventos tromboembólicos con heparina de bajo peso molecular en una dosis de 40 mg vía subcutánea.

La paciente fue monitoreada con electrocardiograma en las derivaciones DII y V5 saturación periférica de oxígeno (SpO_2) y presión arterial no invasiva. Después de la venoclisis con dispositivo intravenoso calibre 18G, fue instalada la solución fisiológica de cloruro de sodio al 0,9%, de la cual fueron infundidos 10 mL.kg^{-1} de peso antes de la inducción anestésica.

La técnica anestésica elegida fue la anestesia general. Después de la preoxigenación, se administraron propofol $1,5 \text{ mg.kg}^{-1}$ y fentanilo $3 \text{ }\mu\text{g.kg}^{-1}$. Con relación al manejo de la vía aérea, se precedió a la intubación traqueal en secuencia rápida, maniobra de Sellick, cánula n° 7,0 mm, sin intercurencias.

Después de la retirada del feto y del pinzamiento del cordón umbilical, se inició el uso de sevoflurano en la concentración de 2% y complementación endovenosa de $2 \text{ }\mu\text{g.kg}^{-1}$ de fentanilo. Se administraron también dipirona 50 mg.kg^{-1} IV, ketoprofeno 100 mg IV, cefazolina 2 g IV y oxitocina 15 Uj IV diluida en 1.000 mL de SF al 0,9%. La paciente presentó una estabilidad hemodinámica durante el procedimiento, y no necesitó fármacos vasoactivos reasumiendo la ventilación espontánea con un volumen y una frecuencia respiratoria adecuadas al final del procedimiento. La desentubación fue realizada con la paciente despierta y colaborativa, sin presentar intercurencias.

El feto no presentó alteraciones al nacimiento y obtuvo índice de Apgar 8 al primer minuto y 10 al quinto minuto.

Después del procedimiento quirúrgico, la paciente fue derivada a la sala de recuperación postanestésica con oxígeno vía catéter nasal (2 L.min^{-1}), SpO_2 de 100% y presión arterial dentro de los límites de la normalidad. En cuanto al cuadro clínico neurológico, no hubo modificaciones con relación al preoperatorio.

La paciente se quedó ingresada en la enfermería de neurología, presentando una mejoría progresiva de los síntomas de la SGB y obteniendo alta después de 10 días del ingreso.

Discusión

La SGB en la población gestante presenta una incidencia similar a la de la población en general: 1,7/100.000 por año. Sin embargo, es una complicación considerada grave, a causa de las complicaciones que puede traer el binomio materno-fetal^{5,6}.

Aunque en la mayoría de las veces venga antecedida de un cuadro infeccioso viral, en el caso presentado aquí el inicio fue insidioso y posterior a un episodio de infección bacteriana del tracto urinario, que había sido tratada adecuadamente con terapia antibiótica, haciéndola diferente de la literatura⁴.

La sospecha diagnóstica en este caso se confirmó por medio del análisis del líquido cefalorraquídeo, que presentó una disociación entre el nivel de proteínas y la citología del líquido cefalorraquídeo⁷. La electroneuromiografía no fue hecha porque el diagnóstico fue confirmado por otros métodos.

El tratamiento de la SGB en pacientes gestantes o no gestantes es predominantemente sintomático. En pacientes no gestantes, la realización de la plasmaféresis o el uso de inmunoglobulinas acelera la recuperación⁷. Aunque haya sido descrito en la literatura, el uso de esas terapéuticas en gestantes todavía no tiene un nivel de evidencias adecuado para ser indicado en ese caso.

El manejo obstétrico de la gestante con SGB no presenta diferencias con relación al de otras gestantes, ya que la dinámica uterina se mantiene y el parto vaginal puede ser hecho sin complicaciones⁸. La indicación de interrupción de la gestación por parte del equipo de obstetricia por medio del parto por cesárea, ocurrió a causa de la presencia de la enfermedad neurológica.

La discusión respecto de la técnica anestésica que sería usada para la cesárea frente a un episodio de SGB, no tiene ningún consenso en la literatura. Las técnicas de anestesia regional (subaracnoidea o epidural), y la anestesia general, se usan por diversos autores.

La elección de la técnica de analgesia de parto y de anestesia para cesárea en las gestantes con SGB debe ser cuidadosamente calculada porque las dos presentan un potencial de riesgo elevado en esa población¹.

El riesgo potencial de la anestesia regional en pacientes con enfermedades neurológicas no puede ser olvidado. Steiner et al. relataron el apareamiento de SGB entre uno a dos semanas después de realizar la anestesia epidural en dos pacientes sometidas a la cirugía general y una paciente sometida a cesárea⁹. Una relación de nexos causal entre la anestesia hecha en esas pacientes y la SGB no puede ser

establecida porque otros relatos demostraron el desarrollo de SGB en pacientes sometidas a procedimientos quirúrgicos bajo anestesia general.

Específicamente en la población gestante con SGB, la realización de anestesia epidural o subaracnoidea, tanto para la analgesia de parto como para la cesárea, no presentó intercurencias, con una buena tolerabilidad por la pacientes, como fue relatado por Brooks et al.⁸ y MacGrady¹⁰.

Sin embargo, los pacientes con SGB tienen una sensibilidad mayor a los anestésicos locales, lo que puede causar una instalación del bloqueo simpático en una extensión mayor que la esperada, con repercusiones hemodinámicas (hipotensión, bradicardia y colapso del sistema cardiovascular), inesperadas¹¹. Brooks et al. sugieren la administración cautelosa de anestésico local a través de catéter epidural para establecer el nivel deseado de bloqueo para la realización de la cesárea en pacientes con SGB y el uso de fármacos simpaticomiméticos de acción directa para la corrección de la hipotensión, ya que la respuesta a los fármacos de acción indirecta es algo imprevisible en esos casos⁸.

La complicación no anestésica más prevalente en la gestante con SGB es el tromboembolismo pulmonar, que ha contribuido para la elevada mortalidad materna. La profilaxis con heparina de bajo peso molecular es la conducta de emergencia y fue adecuadamente adoptada en el caso que tratamos aquí^{5,6}.

La elección de la anestesia general se fundamentó en el uso de heparina de bajo peso molecular por la paciente y también por el cuadro clínico, una vez que el empeoramiento de los síntomas neurológicos de la paciente en el período perioperatorio, (en el caso de que hubiese alguna intercurencia relacionada con la anestesia regional), dificultaría su evaluación posterior.

La gestante tenía alteraciones fisiológicas relacionadas con la gestación, entre ellas, la dificultad del manejo de la vía aérea¹². Incluso respetando el ayuno preoperatorio, la inducción de la anestesia fue realizada atendiendo a los conceptos de la vía aérea de la paciente con el estómago lleno. En la evaluación clínica, la vía aérea de la paciente no tenía factores predictivos de vía aérea difícil.

El manejo de la vía aérea fue realizado bajo la maniobra de Sellick sin intercurencias. Aunque sea muy controversial, el no uso de fármacos bloqueantes neuromusculares en el proceso de intubación fue considerado con relación a la SGB.

El bloqueante neuromuscular despolarizante succinilcolina sería el fármaco de elección para el manejo de la vía aérea en secuencia rápida, pero la posibilidad del apareamiento de hipercalemia, y por ende la parada cardiorrespiratoria posterior, a causa de la parálisis muscular flácida en esa paciente, lo contraindicó¹³.

El uso de bloqueantes neuromusculares no despolarizantes en los pacientes con SGB, presenta el riesgo de bloqueo prolongado con la necesidad de asistencia ventilatoria en el postoperatorio y no disponemos de fundamentación en la literatura para el uso de sugammadex en las pacientes con SGB¹⁴.

El uso de fármacos anestésicos inhalatorios no presenta repercusiones clínicas relacionadas con la fisiopatología de la SGB. Sin embargo, la administración debe llevar en cuenta las posibles alteraciones autonómicas que pueden acompañar a esa patología, para que se eviten las repercusiones hemodinámicas en esas pacientes¹³.

Fármacos analgésicos opioides tampoco interfieren en la fisiopatología de la SGB y su uso debe ser determinado por las condiciones clínicas de la gestante y por las repercusiones sobre el feto.

Como colofón, podemos decir que la técnica anestésica debe ser usada en las gestantes portadoras del Síndrome de Guillain-Barré, que necesitan cesárea permanece como elección del anestesiólogo, y que a su vez, debe ser guiado por el cuadro clínico y por las comorbilidades de cada paciente.

Referencias

1. Chan LYS, Tsui MHY, Leung TN - Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83:319-325.
2. Kocabas S, Karaman S, Firat V et al. - Anesthetic management of Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *J Clin Anesthesiol.* 2007;19:299-302.
3. Köller H, Kieser BC, Jander S et al. - Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy. *NEJM.* 2005;352:1143-1156.
4. Hahn AF - Guillain-Barré Syndrome. *Lancet.* 1998;352:635-641.
5. Da Silva FC, Paula GM, Automari CVSE et al. - Guillain-Barré Syndrome in pregnancy: early diagnosis and treatment is essential for a favorable outcome. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67:236-237.
6. Mas MM, Morán E, Mariño M - Inicio de un Síndrome de Guillain-Barré durante la gestación. *Clin Invest Gin Obst.* 2011;246:1-3.
7. Fait G, Gull I, Kupferminc M et al. - Intravenous immune globulins in Guillain-Barré Syndrome in pregnancy. *J Obstet Gynaecol* 1998;18:78-79.
8. Brooks H, Christian AS, May AE - Pregnancy, anaesthesia, and Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 2000;55:894-898.
9. Steiner I, Argov Z, Cahan C et al. - Guillain-Barré Syndrome after epidural anaesthesia: direct nerve root damage may trigger disease. *Neurology.* 1985;35:1473-1475.
10. McGrady EM - Management of labour and delivery in a patient with Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 1987;42:899.
11. Perel A, Reches A, Davidson JT - Anaesthesia in the Guillain-Barré Syndrome. *Anaesthesia.* 1977;32:257-260.
12. Djabatay EA, Barclay PM - Difficult and failed intubation in 3.430 obstetric general anaesthetics. *Anaesthesia.* 2009;64:1168-1171.
13. Mattingly JE, D'Alessio J, Ramanathan J - Effects of obstetric analgesics and anesthetics on the neonate. A review. *Pediatr Drugs.* 2003;5:615-627.
14. Yang LPH, Keam SJ - Sugammadex: a review of its use in anaesthetic practice. *Drugs.* 2009;69:919-942.