

Implicaciones anestésicas en paciente embarazada con Síndrome de Guillain Barré

Andrés Alejandro Cepeda Mora¹, Galo Andrés Acuña Vivanco¹

¹ Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito - Médico Posgradista B4 de Anestesiología

Correspondencia:

Dr. Andrés Cepeda – acepedam@hotmail.com

Recibido: 25/11/2014

Aceptado: 10/12/2014

RESUMEN

Introducción: el Síndrome de Guillain Barré (SGB) es una enfermedad de baja incidencia en medicina y aún más raro durante la gestación, con una incidencia de 1,7/100.000 embarazos. La presentación GBS durante el embarazo se asocia con un aumento de la necesidad de asistencia respiratoria y aumento de la mortalidad materna.

Métodos: describimos en este documento cómo fue el manejo perioperatorio de un caso de una mujer de 25 años de edad multipara que cursa un embarazo a término con SGB.

Resultados: discusión del caso clínico.

Conclusiones: no hay pautas establecidas para el manejo anestésico de una paciente embarazada con GBS.

Palabras clave: síndrome de Guillain Barré, SGB, embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Guillain Barre Syndrome (GBS) is a rare occurrence in medicine, and possibly even rarer in pregnancies, with an incidence of 1.7/100.000 pregnancies. GBS occurrence in pregnancy is associated with an increased need for ventilatory support and increased maternal mortality.

Methods: we describe herein how a case of a 25 year old multiparous at term gestation with GBS was managed in the perioperative period.

Results: discussion of the case.

Conclusions: there are no established guidelines for the anesthetic management of a pregnant GBS patient.

Keywords: Guillain Barre Syndrome, GBS, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Guillain Barré (SGB) representa un grupo heterogéneo de neuropatías periféricas inmunomediadas. Una característica común a todas las variantes de SGB es una polirradiculoneuropatía de rápida evolución precedido por un evento de activación, lo más a menudo una infección. SGB generalmente se manifiesta como una parálisis motora simétrica con o sin alteraciones sensoriales y autonómicas. El retraso diagnóstico es común en el embarazo o el posparto inmediato porque los síntomas no específicos iniciales pueden simular los cambios en el embarazo. SGB se debe considerar en cualquier embarazada que manifieste debilidad muscular, malestar general, sensación de hormigueo en los dedos y dificultad respiratoria.^{11, 12}

Pacientes con SGB es un evento poco común en la práctica anestésica, aún con una cierta controversia en la literatura. El objetivo de este informe es describir el manejo anestésico de una paciente embarazada con diagnóstico de SGB que se sometió a una cesárea. Se abordarán las implicaciones anestésicas de SGB y las consideraciones necesarias al momento de elegir una técnica anestésica particular.

CASO CLÍNICO

Presentamos en este artículo un caso de paciente de 25 años de edad multipara con embarazo a término con Síndrome de Guillain Barré; cuadro neurológico progresivo que obliga el término del embarazo y el ingreso a unidad de cuidados intensivos.

Se trata de una paciente de 25 años de edad, que cursa embarazo de 37.2 semanas de gestación, sin antecedentes clínicos de importancia, antecedentes gineco-obstétricos: embarazos de tres hijos, hijos vivos uno, abortos uno. Embarazo actual controles normales. El motivo de consulta es dificultad para la deambulación y sensación de peso en ambos miembros inferiores. Enfermedad actual, paciente refiere sensación de peso en extremidades inferiores de hace ocho días, sin causa aparente; como síntomas acompañantes refiere sensación de falta de aire al acostarse y parestesias en pies y manos, refiere dolor en zona lumbar y miembros superiores sin causa aparente. No ha tomado medicación para la sintomatología descrita. En la revisión de aparatos y sistemas se define que a nivel gastrointestinal no canaliza flatos.

Al examen físico presenta una frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, tensión arterial en el brazo derecho de 140/70, tensión arterial en el brazo izquierdo 80/50. Despierta, afebril, piel seca, no hidratada, consiente, Glasgow 15/15. Cardíaco: no signos de falla cardíaca, ni ruidos sobreañadidos. Pulmonar: buena entrada de aire, murmullo vesicular conservado. Gastrointestinal: disminución de ruidos intestinales, dolor a la palpación profunda en hipogastrio. Neurológico: hiporeflexia patelar bilateral, Babinsky positivo bilateral, fuerza de miembros inferiores 2/5, de miembros superiores 3/5. Extremidades inferiores con edema que deja fovea. Monitoreo fetal 9/10, con frecuencia cardíaca fetal 120. Ante lo descrito, se sospecha de una polineuropatía autoinmune y se solicita exámenes complementarios. En el líquido céfalo-raquídeo hay elevación de proteínas, con células de 5/mm³.

Con esto se plantea el diagnóstico de Síndrome de Guillain Barré y se da el ingreso para el manejo en cuidados intermedios. A los diez días de iniciado el cuadro la paciente refiere disminución en fuerza de miembros inferiores al punto de no poderlos mover. Se inicia incentímetro respiratorio con monitorización continua.

Las gasometrías realizadas dentro de parámetros normales con variaciones en tensión arterial y bradicardia corregidas con administración de líquidos y atropina 0.4 mg IV; se inicia trombotilaxis con heparina de bajo peso molecular. Pasa en cuidados intermedios hasta completar las 37 semanas y se decide término de embarazo por vía alta por compromiso ventilatorio de paciente, se evidencia dificultad respiratoria, debilidad muscular de miembros superiores y parálisis del nervio facial bilateral, en gasometrías hipoxemia con Pa/Fi normal.

Se realiza exámenes de laboratorio previos, los que reflejan normalidad en el perfil de coagulación, se firman consentimientos y autorización para ventilación mecánica posquirúrgica.

En sala de operación, se inicia con monitorización no invasiva mínima y se decide anestesia general con inducción de secuencia rápida modificada. Inducción con propofol 2 mg/kg y rocuronio a 1.2 mg/kg. Intubación con tubo 6.5 a 18 cm al 1er intento con McCoy. Mantenimiento balanceado con remifentanil 0.4 ug/kg/min, sevoflurane a 0.6%, oxígeno/óxido nitroso en una relación 50/50.

A los cuatro minutos se obtiene a un bebé femenino de 2.4 kg con APGAR de 8-9. Luego del clampeo de cordón se administra oxitocina 3 UI IV con contracción adecuada del útero a los tres minutos. Veinte minutos previo a la culminación de la cirugía se administra buprenorfina 4 ug/kg IV, ondansetrón 4 mg IV y se revierte parálisis neuromuscular con neostigmina 70 ug/kg con atropina 20 ug/kg IV con TOF de 96% a los 15 minutos.

Se cierra y se para los anestésicos usados y se espera emergimiento de paciente que no logra movilizar volúmenes tidal adecuados, se mantiene con presión soporte pero continúa debilidad muscular; se empieza sedoanalgesia y se lleva a paciente bajo ventilación mecánica a terapia intensiva.

A los tres días de permanecer orointubada bajo sedación, se decide probar respuesta para posible extubación, responde de forma favorable y puede ser extubada sin ningún signo neurológico residual post Guillain Barré; es dada de alta a piso de alojamiento conjunto con su bebé.

DISCUSIÓN

En nuestro caso, la anestesia regional se evitó ya que hay casos de empeoramiento del estado neurológico de la paciente embarazada GBS después del parto con anestesia neuroaxial y varios autores creen que la técnica anestésica jugó un papel importante en la progresión de la enfermedad.⁷ Con la existente disfunción autonómica, estábamos preocupados por exageradas alteraciones hemodinámicas que pueden resultar después del bloqueo neuroaxial central; por lo tanto, se eligió anestesia general.

El riesgo de disfunción respiratoria posoperatoria nos llevó a usar propofol para la inducción y remifentanil para analgesia.⁸ El propofol se administra preferiblemente por encima de tiopental como agente de inducción en vista de la rápida recuperación y el posible efecto antiemético aditivo.

La inducción inhalatoria puede aumentar el riesgo de atonía uterina y posterior hemorragia posparto. Los relajantes musculares no despolarizantes de acción intermedia se utilizan en lugar de succinilcolina, ya que puede producir hiperpotasemia severa debido a la liberación excesiva de potasio de los músculos dañados.⁹ Sin embargo, los relajantes musculares no despolarizantes (RMND) son conocidos por producir respuestas variables.¹⁰

Al inicio de la enfermedad, la resistencia a RMND puede ser debido a un efecto de denervación con un mayor número de receptores de acetilcolina, que se reemplaza gradualmente por hipersensibilidad inducida por re-inervación.¹⁰ Siempre que sea posible, la monitorización neuromuscular debe ser considerada como una práctica estándar.

Afortunadamente, no se observaron fluctuaciones intraoperatorias en los signos vitales en este caso.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

El Síndrome de Guillain Barré es una polineuropatía aguda posinfecciosa de naturaleza autoinmune, caracterizada por la desmielinización del sistema nervioso periférico y parálisis rápidamente progresiva.^{1,2} GBS raramente complica los embarazos, y hay pocos informes de casos.^{3,4} Efectos del embarazo sobre GBS incluyen la presión del útero grávido sobre el diafragma y su posterior desplazamiento cefálico, disminución de la capacidad residual funcional.

A nivel bulbar se manifiesta parálisis como dificultad en la expulsión de las secreciones y disfasia y la incapacidad para mantener una vía aérea permeable aumentando el riesgo de aspiración.⁵ La intubación puede ser necesaria para asegurar la vía aérea. Si se produce parálisis de nervios intercostales y afectación diafragmática, puede ser necesario el soporte ventilatorio.

La hipotensión puede ocurrir debido a la hipovolemia, disfunción autonómica, síndrome de hipotensión supina, ventilación con presión positiva y más de la pérdida de sangre durante el parto anticipado o a la extracción del feto. Esto se puede controlar con el posicionamiento adecuado (cuña debajo de la cadera derecha), la expansión de volumen adecuado y el uso de vasopresores.⁶

CONCLUSIÓN

En conclusión, el SGB es poco frecuente en el embarazo, pero se puede controlar con buen resultado materno-fetal. La evaluación cuidadosa y la documentación de la línea de base y luego el estado neurológico del paciente, historia clínica de drogas y la discusión oportuna con el paciente sobre los riesgos y beneficios de las diversas técnicas, le ayudarán en la consecución de seguro resultado perioperatorio del paciente.

INFORMACIÓN DE AUTORES

• Andrés Alejandro Cepeda Mora y Galo Andrés Acuña Vivanco son Médicos Posgradistas B4 en Anestesiología de la Universidad San Francisco de Quito en el Hospital Carlos Andrade Marín.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Personal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kocabas S, Karaman S, Firat V, Bademkiran F. Anaesthetic management of Guillain-Barre syndrome in pregnancy. *J Clin Anesth* 2007;19:299-302
2. Connelly M, Shagrin J, Warfield C. Epidural opioids for management of pain in a patient with GBS. *Anesthesiology* 1990;72:381-3
3. Gupta R, Chhabra B, Senthilnathan TA, Bharadwaj M, Ghei AThakur A. Critical care of pregnant patient with GBS. *Indian J Anaesth* 2003;47:50-2
4. Brooks H, Christian AS, May AE. Pregnancy, Anaesthesia and GBS. *Anaesthesia* 2000;55:894-8

5. Newsanger DL, Warren CR. Guillain Barre Syndrome. *Am Fam Phy* 2004;69:2405-10
6. Zochodne DW. Autonomic involvement in GBS- a review. *Muscle Nerve* 1994;17:1145-55
7. Wiertelwski S, Magot A, Drapier S, Malinovsky JM, Pereo Y. Worsening of neurological symptoms after epidural anaesthesia for labor in GB patient. *Anaesth Analg* 2004;98:825-7
8. Gipson C, Tobias JD. Perioperative care of child with GBS. *Saudi J Anaesth* 2008;2:67-73
9. Feldman JM. Cardiac arrest after succinylcholine in a pregnant patient recovered from GBS. *Anesthesiology* 1990;72:942-4
10. Fiacchino F, Gemma M, Bricchi M, Giudici D, Ciano C. Hypo and Hypersensitivity to vecuronium in a patient with GBS. *Anaesth Analg* 1994;78:187-9
11. Hughes RA, Cornblath DR. Guillain Barre' syndrome. *Lancet*. 2005;366:1653-66
12. Vijayaraghavan J, Vasudevan D, Sadique N, Rajeswari KS, Pondurangi M, Jayshree A rare case of Guillain-Barre' syndrome with pregnancy. *J Indian Med Assoc*. 2006;104:269-70
13. Goyal V, Misra BK, Singh S, Prasad K, Behari M. Acute inflammatory demyelinating polyneuropathy in patients with pregnancy. *Neurol India*. 2004;52:283-4
14. Brooks H, Christian AS, May AE. Pregnancy, anaesthesia, Guillain Barré syndrome. *Anaesthesia*.2000;55:894--8