

Anafilaxia perioperatoria recurrente: Un enemigo silencioso

Sonsoles Úbeda, Anna Berbis, Aiyan Daraktchiev, Jose María Milán, Raúl Ibáñez, Josep Peñarrocha, Aida González.

Introducción

La anafilaxia es un cuadro alérgico severo potencialmente mortal caracterizado por un inicio brusco con afectación de múltiples órganos y sistemas [1]. El perioperatorio es un periodo de alto riesgo dada la exposición a múltiples fármacos potencialmente alergénicos en un breve lapso de tiempo; como es el caso de los antisépticos, el látex o los antibióticos, entre otros. El cuadro clínico es muy amplio, lo que obliga a considerar múltiples diagnósticos diferenciales. [2]

Descripción del caso I

Se presenta el caso de una paciente de 54 años con antecedentes de alergia a AINEs, metamizol y enoxaparina que es intervenida de sustitución valvular mitral por estenosis mitral severa.

La inducción y el mantenimiento de la intervención, realizada bajo anestesia general con sevoflurano y con bypass cardiopulmonar discurren sin incidencias. Tras salida de circulación extracorpórea, la paciente presenta episodio de broncoespasmo severo con sibilantes bilaterales, aumento de presiones pico de la vía aérea, hipotensión arterial, y eritema generalizado. Ante sospecha de reacción anafiláctica se administra metilprednisolona intravenosa 1 mg/kg, broncodilatadores inhalados, 0.3 mg de adrenalina iv y sulfato de magnesio iv (40 mg/kg); objetivando mejoría del cuadro.

La paciente es trasladada bajo anestesia general a reanimación, y ante sospecha de cuadro anafiláctico de origen desconocido se determina la triptasa plasmática.

Durante el postoperatorio inmediato presenta 3 nuevos episodios de broncoespasmo con erupción cutánea generalizada. Se retira toda medicación no esencial.

Para el control de la anafilaxia recurrente se requirió de múltiples fármacos: anestesia general con sevoflurano, corticoides, broncodilatadores inhalados, dexclorfeniramina (10mg/8h), sulfato de magnesio (1.5g/12h), perfusión de adrenalina (0.03 mcg/kg/min) y de ketamina (0.5 mg/kg/h).

Descripción del caso II

La seriación de triptasas plasmáticas confirmó el episodio anafiláctico, siendo los niveles de triptasa plasmática de 35.2 ug/L a los 30 minutos del primer episodio; 18.2 ug/L a las 2 horas y 17 ug/L a las 24 horas. Tras la resolución del cuadro se solicitó nueva triptasa de control (4.2 ug/L). Por todo ello se solicitó despistaje de alergia a múltiples posibles alérgenos (látex, cisatracurio, cefazolina), siendo IgE látex 1.24 kU/L (valores normales <0.35), lo que apoyó la alergia a látex.



Discusión

Pese a que la anafilaxia perioperatoria es poco frecuente, su impacto clínico, la dificultad diagnóstica y elevada mortalidad obligan a conocer el manejo de esta entidad. El diagnóstico y el tratamiento precoz es clave en el pronóstico vital. Las causas más frecuentes de anafilaxia perioperatoria son los relajantes neuromusculares; siendo la alergia al látex la segunda causa más frecuente.

El presente caso pone en evidencia la dificultad de diagnosticar un shock anafiláctico perioperatorio, dado que sus manifestaciones clásicas como hipotensión o dificultad en la ventilación mecánica son con mayor frecuencia causadas por otros problemas anestésicos o quirúrgicos (sangrado, broncoespasmo, problemas de tubo endotraqueal...).

Bibliografía

[1] Martínez-Fariñas P, González-Arévalo A, Martínez-Hurtado ED, Chacón M, García del Valle S. Shock anafiláctico prolongado de 4 días de duración. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2014;61(9):517-520. doi:10.1016/j.redar.2013.09.017.

[2] Dodd A, Turner PJ, Soar J, Savic L; UK Perioperative Allergy Network. Emergency treatment of peri-operative anaphylaxis: Resuscitation Council UK algorithm for anaesthetists. Anaesthesia. 2024;79(5):535-541. doi:10.1111/anae.16206