

RETOS ANESTÉSICOS EN UNA PACIENTE EMBARAZADA CON SÍNDROME DE RENDU-OSLER-WEBER

A. Quero Duarte, B. Duato Badía, P. Argüello Casas, D. Agudelo Torres, P. Vera Sabater, S. Pardines Rico
Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor del Hospital Universitario Dr. Balmis Alicante

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Rendu-Osler-Weber (THH) cursa con malformaciones vasculares cutaneomucosas y viscerales. Estos pacientes suponen un reto anestésico debido al incremento del riesgo de hemorragias perioperatorias, un mayor riesgo de complicaciones del abordaje neuroaxial y dificultades en la oxigenación debido a shunts por malformaciones a nivel pulmonar. Por tanto, se requiere una valoración preanestésica exhaustiva y un manejo perioperatorio individualizado.

CASO CLÍNICO

Gestante de 38 + 1 semanas que acude a consulta de preanestesia. Al inicio del embarazo resulta heterocigota para estudio genético de THH por sospecha familiar. Refiere episodios de epistaxis desde la infancia y presenta telangiectasias labiales y faciales. Durante el embarazo presenta una hemorragia digestiva alta que precisó manejo endoscópico urgente y transfusión de dos concentrados de hematíes, sin incidencias anestésicas. La ecocardiografía descarta la presencia de shunt y en la ecografía abdominal se observa probable hemangioma hepático en lóbulo derecho. Ante la ausencia de estudios de imagen cerebral y espinal se solicita una resonancia magnética para valorar la presencia de posibles MAV en el neuroeje.

DISCUSIÓN

La enfermedad de Rendu-Osler-Weber o telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH) es una enfermedad vascular genética autosómica dominante caracterizada por fragilidad vascular y malformaciones arteriovenosas (MAV) secundarias a alteraciones de la angiogénesis y la integridad vascular. Su prevalencia se estima en 1:5.000–8.000 habitantes. La epistaxis es la manifestación más frecuente, seguida de sangrado mucocutáneo y gastrointestinal, que puede conducir a anemia crónica. No obstante, la afectación es habitualmente multisistémica y puede asociarse a complicaciones graves como hipoxemia por shunt derecha-izquierda, hipertensión pulmonar, accidente cerebrovascular e infecciones tras procedimientos invasivos.

La presencia de MAV incrementa el riesgo de hemorragias espontáneas o inducidas, especialmente relevante en la gestación, que puedan ser sometidas a procedimientos invasivos como el abordaje del neuroeje. Durante el embarazo el aumento del volumen sanguíneo puede favorecer el crecimiento o la aparición de nuevas MAV. El momento óptimo para la realización de pruebas de imagen no está claramente establecido, aunque su disponibilidad resulta clave para una adecuada planificación anestésica.

El manejo anestésico debe individualizarse, orientándose a minimizar el riesgo hemorrágico, infeccioso y tromboembólico, así como a la detección precoz de alteraciones respiratorias y hemodinámicas. La presencia de telangiectasias en la vía aérea superior incrementa el riesgo de sangrado durante la laringoscopia, por lo que la intubación orotraqueal debe evitarse siempre que sea posible.

Las MAV pulmonares se asocian a shunt significativo, insuficiencia cardiaca y embolia sistémica. La ventilación mecánica puede agravar el shunt derecha-izquierda al aumentar la resistencia vascular pulmonar, empeorando la oxigenación y la estabilidad hemodinámica. En este contexto, la analgesia epidural ofrece un perfil hemodinámico más favorable. Durante su realización, la técnica de pérdida de resistencia debe efectuarse con suero y no con aire para minimizar el riesgo de embolia aérea.

Las MAV cerebrales pueden romperse ante incrementos de la presión intracranal durante los pujos. La analgesia epidural permite una mejor estabilidad hemodinámica y la monitorización continua del estado neurológico. Por el contrario, la presencia de MAV espinales constituye una contraindicación para la anestesia neuroaxial debido al riesgo de hematoma epidural. En caso de indicación de anestesia neuroaxial, se prefiere la analgesia epidural frente a la intradural para evitar descensos bruscos de la presión arterial.

CONCLUSIÓN

En el caso de la paciente la RM cerebral y de columna vertebral concluye que no se detectan imágenes sospechosas de MAV. Se realizó un abordaje epidural para analgesia de trabajo de parto con técnica de pérdida de resistencia con suero. La paciente fue diagnosticada de parto estacionado indicándose cesárea urgente que se realizó mediante anestesia epidural, sin necesidad de manipulación de la vía aérea ni uso de ventilación mecánica. La analgesia epidural aportó beneficios como son un mejor control hemodinámico, disminución del estímulo simpático, una buena calidad de analgesia y un estado de conciencia para valorar el estado neurológico.

BIBLIOGRAFÍA

