

OPERACIÓN CESÁREA EN UNA PACIENTE PORTADORA DE UNA PARÁLISIS FACIAL CONGÉNITA. Informe de un caso.

*Dr. Sixto F. González Pérez**

RESUMEN. Introducción: La parálisis facial congénita suele ser unilateral y es de tipo periférico en la mayoría de los casos. La incidencia de esta entidad no se ha establecido claramente pero se ha informado un rango entre el 0.2 5% y 6.4 %. La conducta anestésica de una paciente con la presencia de esta enfermedad asociada si adicionamos que es una embarazada y se anuncia para una operación urgente de cesárea del segmento anterior se convirtió en una presentación de caso interesante por el alto riesgo que implica cada una de las situaciones mencionadas. Objetivo: Demostrar la conducta seguida ante una paciente portadora de parálisis facial para cesárea de urgencia. Presentación de un caso: Método: Atendimos a una paciente joven embarazada portadora de una parálisis facial congénita derecha que se anuncia para operación cesárea urgente por sufrimiento fetal crónico con mal pronóstico transpelviano con una vía aérea difícil por presentar: boca pequeña, apertura bucal menos de 5 cm, espacio mandibular alargado, distancia tiromentoniana menor de 6 cm y Test de Mallampatti Clase IV. Resultados: Se realiza una técnica regional: bloqueo combinado subaracnoideo-epidural con el cual se logró un resultado anestésico-quirúrgico satisfactorio sin complicaciones. Conclusiones: La veracidad del uso del bloqueo combinado subaracnoideo-epidural cobra cada vez mayor interés en la paciente obstétrica con presencia de una vía aérea difícil por ser un método válido y seguro en este campo.

Palabras claves: Cesárea, Parálisis Facial.

INTRODUCCION

La parálisis facial congénita unilateral aguda del nervio facial, es una enfermedad que no se acompaña de otras neuropatías de pares craneales ni de disfunción del tronco del encéfalo. El paciente presenta principalmente las siguientes manifestaciones clínicas: la parte superior e inferior de la cara están paréticas, la comisura bucal caída, no puede cerrar el ojo del lado afectado, no se observan sensación de acorchamiento ni parestesias y puede quedar con secuelas de debilidad facial importante en 5 % de los casos¹⁻².

Estas características externas anatómicas alteran también en diferentes grados la anatomía interna de la vía aérea por lo que se convierte en un hallazgo muy importante dentro de la valoración anestésica preoperatoria en este tipo de paciente.

Motivados por la poca frecuencia con que en nuestro medio se utilizan fármacos analgésicos en la premedicación inmediata, decidimos aplicar una premedicación analgésica en el preoperatorio inmediato con Tramadol y de esta forma intentar hacer más placentera la estancia de nuestros pacientes en la sala de recuperación postanestésica.

PRESENTACIÓN DEL CASO:

* * Especialista de 1er grado de Anestesiología y Reanimación. Hospital General "Ricardo Santana Martínez". Fomento. Sancti Spiritus. CP 62500. Cuba. Correo electrónico: ffss@escambray.ssp.sld.cu

Paciente obstétrica con 39.4 semanas de gestación, de 24 años con peso de 52 Kg y talla de 1.53 cm. Estado físico ASA II y riesgo quirúrgico malo (M). Antecedentes personales de parálisis facial congénita derecha. Antecedentes anestésicos de una anestesia general endovenosa sin complicaciones. Valoración de la vía aérea: Boca pequeña, Apertura bucal menos de 5 cm, Espacio mandibular alargado, Distancia tiro-mentoniana menor de 6 cm y Test de Mallampatti Clase IV. Equipamiento de emergencia para una vía aérea difícil: Laringoscopio de fibra óptica, Máscara laríngea y Set de intubación retrógrada. Anuncio preoperatorio: Cesárea del segmento anterior urgente por sufrimiento fetal crónico por líquido meconial (XXX) y mal pronóstico transpélvico. Bioparámetros y complementarios preoperatorios normales. Se realizó canalización venosa periférica con vena calibre 18. Medicación preoperatoria: Metoclopramida 10 mg intramuscular y Cimetidina 300 mg intravenoso. Hidratación preanestésica: Ringer-Lactato 1000 ml. Método anestésico: Combinado (Subaracnoideo-Epidural) a dos espacios. Posición de la paciente: Decúbito lateral izquierdo. Acceso al espacio epidural por técnica de pérdida de la resistencia y colocación del catéter epidural en el espacio intervertebral L₁-L₂ sin dificultad. Técnica de anestesia subaracnoidea en el espacio intervertebral L₃-L₄ con trocar de tipo punta de lápiz de calibre 25, inyección subaracnoidea de 7.5 mg de bupivacaína 0.5% isobárica y administración por el catéter epidural de 25 mg de fentanil. (Figuras 1 y 2). Nivel anestésico alcanzado D₄. Posición supina con desplazamiento uterino hacia la izquierda. Colocación de catéter nasal con oxígeno (4l/mto). Monitorización: Saturación de oxígeno (SpO₂) y Frecuencia Cardíaca (FC) mediante el OXI-2000. Electrocardiograma (ECG), Temperatura y Frecuencia Respiratoria (FR) mediante Life-Scope 6. Tensión Arterial

(TA) por esfigmomanómetro y estetoscopio. Comportamiento postanestesia: TA sistólica (110-120), TA diastólica (70-80), SpO₂ (98-100%), FR (16-18x'), FC (88-110), ECG (Trazado normal) y Temperatura (34-34.6°C). Alumbramiento: Recién nacido vivo, Apgar 9/9, Sexo femenino y Peso 3000 grs. Complicaciones anestésicas intraoperatorias: ninguna. Fármacos utilizados: Cefazolina (Profilaxis antibiótica con 1g intravenoso) y Oxitocina (10 UI postalumbramiento). Tiempo quirúrgico: 25 minutos. Líquidos intraoperatorios: Cloruro de Sodio 0.9%- 1800 ml. Resultado final: Satisfactorio.

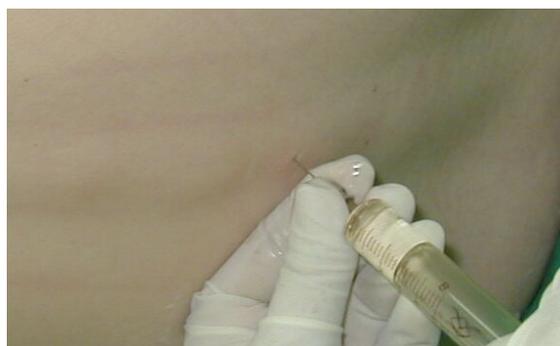


Figura 1: Infiltración de piel y tegumentos con anestésico local



Figura 2: Técnica anestésica subaracnoidea.

DISCUSIÓN

En la práctica de la anestesia obstétrica, el anesthesiólogo con frecuencia se enfrenta a una situación impredecible como es el manejo de la vía aérea difícil. Nuestra especialidad nos permite familiarizarnos con la anatomía de la vía aérea superior; cuyo amplio conocimiento es la clave para un adecuado control de la situación.³⁻⁶

Debemos tener siempre presente que en la paciente embarazada las condiciones para la ventilación y la intubación endotraqueal están modificadas como resultado de los cambios anatómicos y fisiológicos del propio estado de gestación.³⁻⁶

Determinadas enfermedades muestran por sí solas importantes irregularidades anatómicas que determinan una complicada manipulación de la vía aérea durante un proceder anestésico-quirúrgico. En nuestra paciente se vincularon los dos planteamientos anteriores: embarazo y parálisis facial congénita.

Para lograr un resultado satisfactorio valoramos dos puntos:³

- La evaluación de la vía aérea: Varias son las pruebas que se han propuesto para prever una vía aérea difícil.

Entre las más difundidas están: la prueba de Mallampatti (Can Anaesth Soc J 1985; 32:429-34). El Mallampatti modificado por Samssoon y Young (Anesthesia 1987; 42:487-90), la apertura bucal, la extensión atlanto-occipital, el espacio mandibular anterior y la distancia tiro-mentoniana.

- La elección de la técnica anestésica: La decisión del tipo de anestesia a utilizar para la operación cesárea es muy delicada y debe ser lo más segura posible de acuerdo a la real urgencia del procedimiento. Existe una clasificación práctica y actualmente muy usada que incluye 5 grados:

Como se observa en la Tabla 1, a medida que nos acercamos al grado 1 la elección es a favor de una anestesia general, y cuando nos inclinamos al grado 5 la anestesia regional tiene la preferencia. Lo que es motivo de discusión son los casos intermedios, aunque la realidad va hacia el uso cada vez más frecuente de las técnicas regionales.⁴⁻⁷

Tabla 1
Clasificación del tipo de anestesia en la cesárea

GRADOS	TIPO DE ANESTESIA
Grado 1	La vida de la madre depende de que se complete la cirugía (Paro cardiorespiratorio, hemorragia masiva preparto)
Grado 2	La enfermedad asociada materna hace que las técnicas de anestesia regional no sean aconsejables (coagulopatías, cardiopatía descompensada).
Grado 3	Severo y brusco distrés fetal, que no se recupera entre las contracciones (desprendimiento de la placenta, prolapso del cordón).
Grado 4	Distrés fetal crónico, de severidad variable, con buena recuperación entre las contracciones).
Grado 5	Procedimiento electivo.

Como se observa en la Tabla 1, a medida que nos acercamos al grado 1 la elección es a favor de una anestesia general, y cuando nos inclinamos al grado 5 la anestesia

regional tiene la preferencia. Lo que es motivo de discusión son los casos intermedios, aunque la realidad va hacia el

uso cada vez más frecuente de las técnicas regionales.⁴⁻⁷

La anestesia regional fue el método de elección en la conducta anestésica de nuestra paciente. Primero por la presencia de una enfermedad con un evidente conducta difícil de la vía aérea y segundo porque el anuncio quirúrgico clasificaba en el grado 4 de acuerdo a lo relacionado en la descripción anterior.

Dentro del acápite de la anestesia regional, el bloqueo combinado subaracnoideo-epidural posee varias ventajas que son muy importantes en el desarrollo práctico de este caso. Seleccionamos este método para mantener una vía aérea permeable, permitir un comienzo rápido de la anestesia por lo urgente del proceder mediante la administración subaracnoidea y lograr un mantenimiento seguro del binomio anestesia-analgésia por vía epidural para el período trans como postoperatorio.⁷⁻⁸

Se concluye, que por lo satisfactorio del resultado obtenido, sugerimos la aplicación del bloqueo combinado subaracnoideo-epidural en la paciente obstétrica con vía aérea difícil aunque el procedimiento quirúrgico sea de carácter urgente.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

1. Bell WE, Traumatismos perinatal en la cabeza y nervios craneales y periféricos. En: Shaffer AJ, Avery ME. Enfermedades del recién nacido. Cuba: Editorial Científico-Técnica; 1981 p. 725-27.
2. Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Parálisis de Bell. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin Am, 15^a ed. McGraw-Hill: Interamericana, 1998:2190-91.
3. Cattaneo A. Vía aérea en obstetricia. Revista Venezolana de Anestesiología 2002; 7 Supl. 1:S43-S46.
4. Canto Sánchez L, Wong Rosales M. Anestesia general para la operación cesárea. Revista Venezolana de Anestesiología 2002; 7 Supl. 1:S68-S72.
5. Cattaneo A. Anestesia regional para la cesárea ¿qué opciones tenemos?. Revista Venezolana de Anestesiología 2002; 7 Supl. 1:S73-S76.
6. Canto Sánchez L, Wong Rosales M. Anestesia regional y emergencias obstétricas. ¿Cuál para cual? Revista Venezolana de Anestesiología 2002; 7 Supl. 1:S77-S79.
7. Fernández-Guisasola J, García del Valle S, Gómez-Arnau JI. Técnica combinada subaracnoidea-epidural para la analgesia obstétrica. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2000; 47:207-15.
8. Rawal N, Bjorn MD, Crowhrust JA, Zundert A. The combined spinal-epidural technique. Anesthesiology Clinics of Norteamerica 2000; 18(2):67-95.
9. Ranasinghe JS, Steadman J, Toyama T, Lai M. Combined spinal epidural anaesthesia is better than spinal or epidural alone for Caesarean delivery. Br J Anaesth. 2003; 91(2):299-300.
10. Hodgson E. Combined spinal/epidural anesthesia. Middle East J Anesthesiol. 2003;17(1):103-12