

Síndrome de Stevens-Johnson y sida. Conducción anestésica en una paciente obstétrica

The Stevens-Johnson syndrome and the AIDS: Anesthesia conduction in a pregnant patient

Msc. Dra. Lisette Elena Llanos Palmira^I, Msc. Dr. Alejandro Fonseca León^{II},
Msc. Dra. María Elena Paneque Pocio^{III}, Dr. Diego Armando Gualy Cuchimba^{IV}

Universidad de Ciencias Médicas "Carlos J. Finlay". Hospital Universitario Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" Camagüey.

^IEspecialista de Primer Grado Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente. Máster en Emergencias Médicas en APS. Investigador Agregado. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" Camagüey. Email:

lpalmira@finlay.cmw.sld.cu

^{II}Especialista Segundo Grado Ginecología y Obstetricia. Profesor Asistente. Máster en Emergencias Médicas en APS. Investigador Agregado. Hospital Universitario Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" Camagüey.

^{III} Especialista de Segundo Grado Anestesiología y Reanimación. Profesor Auxiliar. Máster en Emergencias Médicas en APS.

^{IV} Especialista de Primer Grado Medicina General Integral. Residente II Año Anestesiología y Reanimación.

RESUMEN

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson tiene una evolución grave, a menudo fatal. Se considera como una variedad de eritema multiforme en su forma ampollar cutáneo-mucosa. Su comienzo es repentino.

Caso Clínico: Se presenta una paciente de 35 años de edad, de la raza negra, que ingresó en el Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" de la ciudad de Camagüey, hospitalización realizada por protocolo de la institución. Con diagnóstico de Síndrome de Steven Johnson como variante severa de un mes de evolución e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la cual presentaba embarazo a término de 39,2 semanas que comenzó en trabajo de parto, con pruebas de bienestar fetal idóneas, anunciada para intervención quirúrgica cesárea de urgencia. La conducción anestésica de los pacientes con síndrome de

Stevens-Johnson es generalmente difícil y más aún cuando se asocia con la infección por el virus de VIH en una parturienta. Se decidió método anestésico regional peridural.

Conclusiones: Se detallan las particularidades anatómicas de la vía aérea potencialmente difícil, así como la evolución intra y posoperatoria. Ante una paciente obstétrica con estas entidades los cuidados anestésicos constituyen hoy un reto para los anestesiólogos.

Palabras clave: Síndrome de Stevens-Johnson, Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

ABSTRACT

Introduction: The Stevens-Johnson syndrome has a severe evolution sometimes fatal. It is considered as a variety of the multiform erythema in its form cutaneous-mucosa ampulla. Its onset is sudden.

Clinical case: This is the case of a black female patient aged 35 admitted in the "Ana Betancourt de Mora" Gynecology and Obstetrics Hospital of Camagüey province, admission carried out according to the protocol of the institution. She was diagnosed with Stevens -Johnson syndrome as a severe variant of one month of evolution and infection by human immunodeficiency virus (HIV) and a term pregnancy of 39,2 weeks starting in labor with suitable fetal wellbeing tests, programmed for an urgent cesarean section. The anesthesia conduction of patients with Stevens-Johnson Syndrome is generally difficult and more even when it is associated with HIV infection in a pregnant woman. The peridural regional anesthesia method was chosen.

Conclusions: The anatomical distinctive features of the potentially difficult airway are detailed, as well as the intraoperative and postoperative evolution. In presence of a pregnant patient with these entities the anesthesia cares are nowadays a challenge for anesthesiologists.

Key words: Stevens-Johnson syndrome, acquired immunodeficiency syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson tiene una evolución grave, a menudo fatal. Se considera como una variedad de eritema multiforme en su forma ampollar cutáneo-mucosa. Su comienzo es repentino, con fiebre de 39 a 40, cefalea, malestar general, dolor de garganta, lesiones de vesículas y ampollas en cavidad oral, que se agravan con la presencia de pseudomembranas, salivación y ulceraciones que dificultan la ingestión de los alimentos. Otras manifestaciones son la conjuntivitis bilateral, úlcera de la córnea, epistaxis, retinitis y formación de costras en los orificios nasales. La cara, las manos y los pies pueden estar lesionados y presentar erupción hemorrágica, ampollas, y/o petequias, inflamación de algunos o todos los orificios: boca, fosas nasales, conjuntiva, vagina, y ano, se observa con frecuencia, así como la vaginitis y la balanitis pueden ser graves.¹⁻³

Sus primeras manifestaciones pueden estar constituidas por lesiones de herpes simple alrededor de la boca, los genitales y otras áreas del tegumento cutáneo. El virus del herpes simple es una de las causas referidas en la patogenia de esta enfermedad, que en algunos casos resulta fatal y que en otras ocasiones produce ceguera.

Existen además síntomas constitucionales como pulso débil y acelerado, polipnea, poliartalgias que llevan al paciente a la postración.^{4,5}

Este síndrome reaccional es producido por diversas causas y las más frecuentes son los medicamentos y otras como infecciones virales, micóticas y bacterianas en el curso de contagios como es el sida, altamente susceptibles por la inmunosupresión.

Desconocida, si bien su causa puede ser una alergia medicamentosa (Cefalosporinas, Penicilinas, Sulfonamidas, entre otras) o infecciones virales o bacterianas. Comúnmente es complicación secundaria de *Mycoplasma pneumoniae* después de su fase de traqueo bronquitis. Un factor demostrado como inductor del síndrome, se presenta en pacientes susceptibles que han recibido tratamiento para toxoplasmosis y paludismo con pirimetamina y sulfadoxina.⁶

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida preocupa al anestesiólogo por diferentes motivos, en primer lugar, puede alterar la función de distintos órganos condicionando la práctica anestésica. En segundo lugar, la medicación que precisan estos enfermos puede desencadenar interacciones con los anestésicos.^{7,8}

El anestesiólogo debe estar consciente de la enfermedad y su impacto, en las técnicas anestésicas a emplear y las posibles interacciones entre drogas anestésicas, los agentes terapéuticos y sus complicaciones, como es el caso.

Constituye el objetivo de este artículo, presentar la evolución de una paciente obstétrica con síndrome de Stevens-Johnson y sida.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 35 años de edad, de la raza negra, que ingresó en el Hospital Provincial Ginecobstétrico "Ana Betancourt de Mora" de la ciudad de Camagüey, hospitalización realizada por protocolo de la institución, con el diagnóstico de Síndrome de Steven Johnson como variante severa de eritema multiforme de un mes de evolución, consistente en desarrollo súbito y progresivo de una reacción de hipersensibilización que afectaba la piel y las membranas mucosas, asociado a Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Paciente con embarazo a término de 39,2 semanas que comenzó el trabajo de parto, con pruebas de bienestar fetal idóneas, anunciada para intervención quirúrgica cesárea de urgencia. Negaba hipersensibilidad medicamentosa, historia referida de anestesia local para exodoncias sin complicaciones, antecedentes de asma bronquial desde la niñez y anemia crónica multifactorial propia de su enfermedad de base y como cambio anatomofisiológico de la gestación que requirió tratamiento con eritropoyetina e hierro parenteral. (Figura 1)



Figura 1. Embarazo a término 39,2 semanas.

Antecedentes de 6 años de ser portadora del Virus de Inmunodeficiencia Humana y con 7 meses de tratamiento con terapia antirretroviral consistente en Zidovudina y Lamivudina. La Zidovudina como inhibidor de la transcriptasa. Fue la primera en utilizarse y la más eficaz. Mejorando la supervivencia y la calidad de vida en este tipo de paciente, además de disminuir la incidencia de infecciones oportunistas. Sin embargo, no aumenta el número total de linfocitos T4 ni disminuye la antigenemia. Todo lo cual se hace más marcado en esta paciente por estar asociada una gestación. La actual terapia ha conseguido reducir la morbimortalidad en estos pacientes.⁹

Había presentado 15 días atrás ingreso en unidad de cuidados intensivos por conjuntivitis bacteriana como complicación del Síndrome de Stevens Johnson e infección respiratoria alta que requirió tratamiento antimicrobiano y esteroideo, el cual mantenía aún el día de la cesárea.

Examen físico. Piel seca, mucosas con tendencia a la hipo coloración, panículo adiposo aumentado, peso 82kg y talla 1,65cm.

Presencia de lesiones múltiples en piel tipo rash pleomórfico con vesículas, costras y placas secas, de bordes no definidos, irregulares, asimétricas, confluyentes, no decamativas e hiperpigmentadas como secuelas cicatrizantes de lesiones previas, localizadas de forma generalizada predominantemente en tórax, abdomen grávido, cara y tercio proximal de extremidades, asociadas a sensación de ardor o quemazón, no pruriginosas. (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Lesiones de extremidades inferiores.



Figura 3. Lesiones de extremidad superior.

Al examen de la vía aérea se observó la existencia de estomatitis en fase resolutive y discreta retracción labial, lesiones comisurales que guardan relación con infecciones micóticas, lo cual influía en una normal apertura de la boca. Además de la presencia de ampollas en cavidad oral. Se evaluaron varios test predictivos: Mallampatti II, apertura bucal menor de 3cm. Distancia tiromentoniana de 6cm, evaluándose la posibilidad inminente de dificultad para el abordaje de la vía aérea. (Figura 4).



Figura 4. Estomatitis y discreta retracción.

Al examen cardiovascular se comprobó tensión arterial de 128/82 mm Hg, frecuencia cardiaca de 124 latidos/min, no alteración de los ruidos cardíacos, patrón respiratorio negativo a la auscultación.

Columna vertebral (CV) sin datos positivos referidos y al examen físico no existían signos de contraindicación para las técnicas regionales.

Exámenes complementarios. Hemoglobina 10,2 g/L; Hematocrito 31 vol. %; Leucocitos 4.0×10^9 /L; Creatinina 88,4 μ mol; VDRL débil reactiva; Hemoclasificación O Rh negativo. Prueba de Coombs negativa. Glucemia 3.93 mmol/L; Tiempo de coagulación 7 min; Tiempo de sangramiento 1 min.

Conducción anestésica. La conducción anestésica de los pacientes con el síndrome de Stevens-Johnson es generalmente difícil, más aún cuando se asocia con la infección por el virus de VIH en una parturienta. Previo a la manipulación de las disímiles lesiones cutáneas que se despliegan a ser más obtaculizantes las canalizaciones venosas, así como las diferentes lesiones en manos y pies que pueden presentar erupción hemorrágica y en casos más severos ampollas.⁹⁻¹¹

Preliminarmente a cualquier intervención, debe concebirse una evaluación anestésica como la efectuada a nuestra paciente. En la apreciación preoperatoria es importante en estas gestantes con sida evaluar su estado actual de medicación y funcionamiento inmunológico.¹²

La dirección anestésica en estas pacientes grávidas constituye un inminente desafío ya sea por su enfermedad inmunosupresora o por la polifarmacia a las que están expuestas, todo lo cual interactúa de forma directa con los disímiles anestésicos. Una estimación exhaustiva de la paciente se impone ante el riesgo vigente de la misma y aunque concurren toda una sucesión de sinfines que definen las patologías asociadas al sida, cada caso hay que confrontarlo de forma específica.

Se decidió iniciar método anestésico regional peridural previo examen exhaustivo de la región dorso-lumbo-sacra donde no existían lesiones que contraindicaran el proceder. Se prefirió la posición de sedestación, a nivel de L3-L4, con trócar de Touhy N 18, por vía media con técnica de pérdida de la resistencia, lográndose el proceder sin complicaciones. Se obtuvo nivel anestésico deseado. Se colocó la paciente en decúbito supino colocándose una cuña debajo del glúteo derecho.

Se monitorizó EKG, tensiones arteriales no invasivas, oximetría de pulso. Se mantuvo máscara con oxígeno al 100 %.

La satisfactoria evolución intra y posoperatoria, arrojó la ausencia de complicaciones anestésicas.

La anestesia peridural es una técnica que ofrece ventajas en estas pacientes, lográndose estabilidad cardiovascular en la gestante con poca influencia sobre el feto y protege al Anestesiólogo, de contaminarse con fluidos corporales como puede ser el LCR, al mantenerse intacta la duramadre.¹²

La técnica peridural en esta madre benefició una deambulación precoz y de esta forma se evitaron complicaciones tromboembólicas y el niño nació con un buen Apgar (9/9). La escasa influencia del método y los agentes anestésicos empleados como la Lidocaína 2 % s/p disminuyeron el riesgo de neurotoxicidad de los anestésicos locales en la progresión de la enfermedad.

Por lo grave de la enfermedad de base y lo importante que resulta la guía dermatológica se enfatizó en los cuidados y conducción que se deben tener con las secreciones y excreciones de estos pacientes y el estricto cumplimiento de las medidas de bioseguridad en estos casos.^{13,14}

Comentarios. Cuándo decidir la intervención quirúrgica en estas parturientas y que tipo de anestesia a emplear es aún un enigma, aunque todos apuntan a la técnica regional como preferencial pues aunque se publican pocos casos, las informaciones de gestantes, con sida y Stevens Johnson es rescindido.

La presencia de un embarazo constituye un hecho en esta paciente con sida y sumado a esto la existencia de una complicación dermatológica podría empeorar su resultado final y lograría la desestabilización de su inmunosupresión.¹¹

La paciente presentó con buen estado general, madurez fetal requerida y la estabilidad fisiológica de la madre permitió el uso de esta técnica.

La decisión de realizar la cesárea en el momento preciso favoreció el buen resultado de la madre y el feto, a pesar de su condición clínica y el estado actual de sus enfermedades.

El pronóstico de los pacientes con el síndrome de Stevens-Johnson es generalmente sombrío y más aún cuando se asocia con la infección por el virus de VIH.²

Ante una paciente obstétrica con estas entidades los cuidados anestésicos constituyen hoy un desafío para los anesthesiólogos.¹⁵

Se concluye que aunque el sida y sus complicaciones, han ido en aumento también lo han hecho la posibilidad de procreación y es necesario que el Anestesiólogo este familiarizado con la enfermedad y su tratamiento actual, así como realizar un trabajo en equipo para asegurar una técnica anestésica segura para la gestante propuesta para cesárea con estas comorbilidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domonkos AN. Tratado de Dermatología. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1987: 161-2.
2. Bell MJ, Bishara LD. A case of Stevens Johnson syndrome associated with oxaprozin. *Can J Rheumatol* 1998; 25(10):2026-8.
3. Alfonso Ritoles A, Ricardo Fonseca ME, Felix Lamarque N, Rodríguez Barrera ME. Síndrome de Stevens Jonson en el curso del sida. *Acciones de Enfermería. Rev Cubana Enferm* 1997; 13(1): 47-53.
4. González Sicilia L, Cano A, Serrano M, Hernández J. Stevens Johnson associated with Gabapentin [letter]. *Am J Med* 1998; 105(5): 455.
5. Mochi TY, Inoue A, Kawabata H, Ishida SK. Stevens Johnson syndrome caused by a heat drink (Eberu) containing ophiogonis tuber. *J Dermatol* 1998; 25(10): 662-5.
6. Granados TS. Manejo Anestésico del Paciente con sida. Libro de resúmenes del Curso FEEA realizado en El Centro Asociado para Centroamérica y República Dominicana con sede en Costa Rica, Costa Rica, Septiembre del 2009.
7. Uña R, Ureta M P, Uña S. Anestesia en pacientes con sida y otras enfermedades transmisibles. En *Tratado de Anestesia y Reanimación*, editado por Luis Miguel Torres Morera. Editorial ARÁN, Madrid España 2001. pp. 1839-1848.
8. Alfonso R A C. Sexual and reproductive health from the women's view. *Rev. Cubana Salud Pública*. [En línea]. Jan.-Mar 2006, vol.32, no.1 [Citado 17 Diciembre 2006]. URL disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864
9. González N I, Díaz J M, Pérez AJ. La transmisión materna infantil del VIH/sida en Cuba. *Rev Cubana Med Trop*. [En línea]. Sep.-dic. 2006, vol.52, no.3 [citado 17

Diciembre 2006], p.220-224. Disponible en la www
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-6-7
<http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=es> Acceso 1-12-2006. 113

10. Bremerich DH, Ahr A, Büchner S, Hingott H, Kaufmann M, Faul-Burbes C, Kessler P. Anesthetic regimen for HIV positive parturients undergoing elective cesarean section. *Anaesthesist* 2009; 52(12):1124-31.

11. Evron S, Glezerman M, Harow E, Sadan O, Ezri T. Human immunodeficiency virus: anesthetic and obstetric considerations. *Anesth Analg* 2008; 98(2):503-11

12. Ahdieh L. Pregnancy and infection with human immunodeficiency virus. *Clin. Obstet. Ginecol* 2008; 44(2) 154-66

13. Kuczkowski KM. Human immunodeficiency virus in the parturient. *J Clin Anesth* 2008; 15(3): 224-33

14. Mugí MG. Uso peridural de levobupivacaina en operación cesárea: experiencia clínica reducida. *Rev Arg Anesthesiol* 2008; 61(5): 295 -300

15. Marino T, Gordas LC, Steinbok V, Craig SD, Yarnell RN. The anesthetic management of triplet cesarean delivery: a retrospective case series of maternal outcomes. *Anesth Analg* 2009; 93: 991- 995.

Recibido: 25 de septiembre de 2011.

Aprobado: 24 de noviembre de 2011.