

CONSIDERACIONES ANESTÉSICAS EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Clara Soriano Ten, Silvia Blanquer Terol, Víctor González Vallés
Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva

OBJETIVOS

1. Describir el manejo anestésico de una paciente con miastenia gravis sometida a cirugía ortopédica.
2. Analizar las consideraciones anestésicas, perioperatorias y postoperatorias en pacientes con miastenia gravis, identificando los riesgos y complicaciones más comunes

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La MG es una enfermedad neuromuscular autoinmune, crónica y fluctuante caracterizada por debilidad muscular y fatigabilidad que empeora con el ejercicio. Está mediada por autoanticuerpos dirigidos contra componentes postsinápticos de la unión neuromuscular, la mayoría presentan autoanticuerpos contra AChR+, pero algunos presentan otros, como el MuSK+ o el LRP4+. Un pequeño porcentaje son triplemente seronegativos. El manejo de la MG incluye tratamiento sintomático (anticolinesterásicos), tratamiento inmunosupresor (corticoesteroides e inmunosupresores no esteroideos), tratamientos inmunomoduladores (inmunoglobulinas IV y plasmaféresis) y tratamiento quirúrgico (tímectomía). Ante la sospecha de MG por el cuadro clínico y la exploración física, el diagnóstico debe confirmarse mediante estudios electrofisiológicos, determinación de anticuerpos o administración de fármacos anticolinesterásicos.

En nuestro caso clínico nos encontramos ante una paciente mujer de 82 años con antecedentes de miastenia gravis bien controlada con tratamiento, programada para colocación de clavo corto por fractura pertrocantérea de cadera izquierda. Se realizó una anestesia intradural con bupivacaína hiperbara 0,5% 10mg + bloqueo PENG ecoguiado con 20ml de ropivacaína 0.3%, sin incidencias. Se aportó oxigenoterapia con gafas nasales, se intentó mantener normotermia con manta de convección y como fluidos se administró suero salino fisiológico 0,9%. Analgesia con paracetamol 1g y dexketoprofeno 50mg, evitando el uso de opiáceos para minimizar el riesgo de depresión respiratoria. Postoperatorio sin incidencias.

Consideraciones a tener en cuenta en pacientes con miastenia gravis:

VALORACIÓN PREANESTÉSICA: Examen clínico y de laboratorio, radiografía tórax, grado de miastenia, tratamiento, TC para descartar timoma, pruebas de función tiroidea, pruebas funcionales respiratorias e IC a neurología para optimizar el estado del paciente. Es importante no suspender la medicación antes de la cirugía en pacientes dependientes de anticolinesterásicos.

MANEJO PERIOPERATORIO: Monitorización estándar y uso de neuroestimuladores TOF, se prefiere el monitoreo neuromuscular en el músculo orbicular del párpado. También se debe monitorizar la temperatura para prevenir la hipotermia perioperatoria, que podría dificultar el destete.

La anestesia locorregional es segura, deben evitarse altas dosis de anestésicos locales tipo éster y, preferiblemente, reemplazarlos por anestésicos tipo amidas. Los gases halogenados deben utilizarse con precaución porque pueden prolongar el bloqueo neuromuscular producido por los relajantes musculares. Se puede utilizar barbitúricos y propofol. El remifentanilo resulta ideal para estos enfermos. En cuanto a los relajantes musculares se debe minimizar o evitar su uso. En caso de ser requeridos se debe medir el TOF basal para titular las dosis. La actitud más adecuada es la combinación de rocuronio y sugammadex.

La extubación no debe realizarse hasta que el paciente esté despierto y haya demostrado capacidad para mantener la vía aérea. Se deben evaluar la capacidad para elevar la cabeza, la presencia del reflejo nauseoso y la relajación neuromuscular (medida por TOF). Siempre que se tenga duda, es preferible mantener al paciente intubado en el postoperatorio.

POSTOPERATORIO: Se recomienda fisioterapia pulmonar para prevenir complicaciones respiratorias. Es aconsejable monitorizar la relajación neuromuscular durante las primeras 24 horas para evitar la recurarización. En cuanto sea posible, iniciar anticolinesterásicos. Para el dolor postoperatorio se recomienda la infiltración de la herida con anestésicos locales de larga duración tipo amidas y si necesitan algún otro analgésico, de primera elección los AINEs