



CASOS CLÍNICOS

Manejo anestésico para una Cesárea en Paciente con enfermedad de Charcot–Marie–Tooth – 2ª Parte

Charco LM, Cuesta Montero P, Carpintero Moreno F, Martínez-Peñalver D, Mateo Cerdán CM.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Resumen

Tras explicarle a la paciente las opciones, con sus posibles complicaciones, manifiesta que en la medida de lo posible prefiere que no se opte por la Anestesia General. Por esto, acepta la Anestesia Espinal, que creemos que es lo más conveniente.

Introducción

Tras explicarle a la paciente las opciones, con sus posibles complicaciones, manifiesta que en la medida de lo posible prefiere que no se opte por la Anestesia General. Por esto, acepta la Anestesia Espinal, que creemos que es lo más conveniente.



Se le pauta Primperan 20 mg iv, y Ventolín y Atrovent nebulizados en la preparación quirúrgica, 1 hora previa a pasar al quirófano. Con la paciente en sedestación, se infiltra con anestésico local los puntos de punción (mepivacaína al 2%), y se realiza punción muy dificultosa con 22G en L3-L4 (tras probar abordajes paramediales, agujas de 27G con largo especial, etc.), con inyección intratecal

de 8,5 mg. de bupivacaína hiperbárica con 15 mcg de fentanilo.

La mujer refiere dolor cuando tienen que extraer al feto y decidimos sedarla con 60 mg. de Propofol, manteniendo la respiración espontánea y aportando oxígeno suplementario con VMK 40%. Refiere igualmente dolor de cabeza durante la realización de la cesárea y no se observan periodos de hipotensión que precisen fármacos vasoactivos. Se extrae finalmente un niño sano varón.

La paciente ingresa en la Unidad de Cuidados Críticos para control postoperatorio y, tras 2 horas de inicio de la anestesia, refiere dolor de la cicatriz quirúrgica y molestias pélvicas en relación con las exploraciones ginecológicas, sin presentar cefalea ni déficits neurológicos añadidos a los previos.

Discusión y Conclusiones

La Anestesia Regional para intervenciones programadas en pacientes con esta enfermedad ha sido poco documentada, existiendo escasas publicaciones acerca de [cesáreas electivas](#).



El uso de Anestesia Regional en pacientes con enfermedades neurológicas preexistentes es controvertido, así como los RNM por miedo a una posible exacerbación de la enfermedad de base.

En nuestro caso, la anestesia intradural fue considerada la mejor opción y el riesgo de agravar su enfermedad de base y crear nuevos déficits fue asumido por la paciente y el equipo anestésico, recordando que esta paciente ya precisaba silla de ruedas para su movilización previo a esta gestación.

No hay cura para la ECMT, pero la fisioterapia rehabilitadora, la terapia ocupacional, los aparatos ortopédicos o una cirugía puede ayudar a los individuos afectados a convivir con los síntomas incapacitantes de la enfermedad. El grado de discapacidad es impredecible entre las diferentes familias afectadas, e incluso dentro de ellas. Algunos pueden tener formas muy suaves y nunca buscan atención médica, mientras que otros están severamente discapacitados. La esperanza de vida es normal.

Paradójicamente, a pesar de la neuropatía periférica, precisan analgesia para cualquier tipo de intervención, e incluso algunos pacientes pueden requerir el tratamiento del dolor crónico para el dolor severo.

Bibliografía

- 1.- Pareyson D, Marchesi C. Diagnosis, natural history, and management of Charcot-Marie-Tooth disease. *Lancet Neurol.* 2009;8:654-67. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 2.- Hoff JM, Gilhus NE, Daltveit AK. Pregnancies and deliveries in patients with Charcot-Marie-Tooth. *Neurology.* 2005;64:459-62. ([PubMed](#))
- 3.- Pogson D, Telfer J, Wimbush S. Prolonged vecuronium neuromuscular blockade associated with Charcot Marie Tooth neuropathy. *Br J Anaesth.* 2000;85:914-7. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
- 4.- Gratarola A, Mameli MC, Pelosi G. Total intravenous anaesthesia in Charcot-Marie-Tooth disease. Case report. *Minerva Anesthesiol.* 1998;64:357-60. ([PubMed](#))
- 5.- Weimer LH, Podwall D. Medication-induced exacerbation of neuropathy in Charcot Marie Tooth disease. *J Neurol Sci.* 2006;242:47-54. ([PubMed](#))
- 6.- Isbister GK, Burns J, Prior F, Ouvrier RA. Safety of nitrous oxide administration in patients with Charcot-Marie-Tooth disease. *J Neurol Sci.* 2008;268:160-2. ([PubMed](#))
- 7.- Nelson T. Regional anesthesia and pre-existing neurological disease- II. *Can J Anaesth.* 2008;55:876; discussion 876-8. ([PubMed](#))

Correspondencia al autor

Luisa María Charco Roca

latinloisii@hotmail.com

Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

[Publicado en AnestesiaR el 23 de marzo de 2012](#)