

Anafilaxia intraoperatoria por lidocaína con reactividad cruzada a múltiples anestésicos locales amida: Reporte de caso.

ID

<https://doi.org/10.25237/congreso-2025-15>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Maura Millar FritisResidente Anestesiología, Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria, Hospital Clínico Universidad de Chile & Instituto Nacional del Cáncer

Nicolás Valls JiménezUnidad de Anestesia y Pabellón, Instituto Nacional del Cáncer | Clínica Universidad de los Andes, Chile.

Roberto González CornejoHospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria | Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón.

Nicolás Villablanca UribeInstituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón.

Patricio Alvarez InostrozaHospital Clínico Universidad de Chile, Departamento de Anestesiología y Medicina Perioperatoria | Instituto Nacional del Cáncer, Unidad de Anestesia y Pabellón.

Introducción

La anafilaxia perioperatoria constituye una emergencia vital con incidencia de 1:10.000-20.000 procedimientos anestésicos. Los anestésicos locales (AL) representan una causa infrecuente, con hipersensibilidad verdadera documentada en menos del 1% de reacciones adversas. La sensibilización múltiple a anestésicos amida es extremadamente rara, con prevalencia inferior al 0,03%. Presentamos un caso excepcional de anafilaxia intraoperatoria con hipersensibilidad confirmada a múltiples AL tipo amida.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente femenina, 40 años, ASA II, obesidad grado I (IMC 31,2), tabaquismo activo (10 paquetes/año), programada para mastectomía parcial izquierda por carcinoma ductal infiltrante. Sin antecedentes alérgicos conocidos. Refirió anestesia espinal previa sin complicaciones hace 5 años Examen físico preanestésico sin hallazgos relevantes. Laboratorio preoperatorio normal.

Calendario (cronología)

T0 (Inducción): Monitorización estándar ASA. Administración secuencial de fentanilo 250µg, lidocaína 100mg, propofol 160mg y rocuronio 35mg.T+1 min: Aumento progresivo de resistencia ventilatoria, imposibilidad para capnografía adecuada.T+2 min: Intubación orotraqueal inmediata (tubo 7,5). Presiones pico elevadas, patrón obstrutivo en capnografía compatible con broncoespasmo severo.T+5 min: Colapso hemodinámico: Hipotensión severa (80/30 mmHg), taquicardia (130 lpm). Inicio de fluidoterapia con Ringer Lactato 1250ml y noradrenalina 0,1 µg/kg/min.T+10 min: Diagnóstico anafilaxia. Administración de adrenalina IV en bolos (50 µg) seguida de infusión continua hasta 0,08 µg/kg/min, hidrocortisona 200mg IV. Toma de muestra para triptasa sérica.T+30 min: Estabilización parcial. Traslado a UCI bajo sedación profunda, ventilación mecánica, soporte vasoactivo dual.Día 1-6: Ventilación mecánica invasiva, tratamiento con antibióticos, corticoides y broncodilatadores.Día 7: Extubación exitosa, traslado a sala general.Semana 4: Evaluación inmunológica ambulatoria.

Plan anestésico

Anestesia general balanceada con inducción intravenosa estándar y mantenimiento con agentes volátiles. Monitorización estándar ASA.

Conflictos de interés

Manejo inicial del broncoespasmo: FiO₂ 100%, sulfato de magnesio 2,5g IV, salbutamol y bromuro de ipratropio inhalados, sevoflurano 4%. Tratamiento de anafilaxia: Adrenalina IV (bolos y infusión continua), hidrocortisona 200mg IV, reanimación con fluidos. Soporte en UCI: Ventilación mecánica protectora, sedación con propofol/dexmedetomidina, soporte vasoactivo dual (adrenalina 0,05 µg/kg/min, noradrenalina 0,4 µg/kg/min). Evaluación diagnóstica: Triptasa sérica intraoperatoria: 8,1 ng/ml (normal <10 ng/ml). TAC tórax: patrón vidrio esmerilado con condensaciones. Angio-TAC: descartó TEP. Estudio inmunológico: Pruebas de intradermorreacción (IDR) positivas para lidocaína, bupivacaína y mepivacaína (dilución 1:100). Negativas para fentanilo, propofol, rocuronio, atracurio, succinilcolina, látex y clorhexidina.

Discusión y Conclusiones

Este caso documenta una anafilaxia perioperatoria grave con la excepcional particularidad de hipersensibilidad confirmada a múltiples AL amida. El NAP6 identificó los AL como causa menos común pero reconocida de anafilaxia intraoperatoria(1). La presentación inmediata post-lidocaína, colapso cardiovascular, respuesta a adrenalina y positividad IDR confirman diagnóstico. Niveles normales de triptasa no excluyen anafilaxia, especialmente en reacciones no-IgE mediadas (2). La evaluación inmunológica mediante IDR resultó fundamental para fortalecer el diagnóstico, el patrón de reactividad cruzada y orientar alternativas anestésicas futuras. Este caso subraya la importancia de incluir los AL en el diagnóstico diferencial de anafilaxia perioperatoria, el manejo agresivo temprano con adrenalina y la derivación oportuna para estudio alergológico especializado(3).

Contacto

Nombre: Maura Millar Fritis

Correo electrónico: nicolas.valls@incancer.cl

Teléfono / Móvil: / +56 9 8294 2545

Dirección: