

Anestesia Regional para cesárea en paciente con Miocardiopatía Hipertrofica Obstructiva. Reporte de un caso.

ID

<https://doi.org/10.25237/congreso-2025-17>

Tipo de Trabajo

Caso Clínico

Autores

Paulina Figueroa Rivera Servicio de Urgencias, Hospital Urgencia Asistencia Pública

Claudia Sáez Hansen Anestesiología Cardiovascular, Clínica Alemana de Santiago

Magdalena Honorato Saxton Medicina Materno-Fetal, Clínica Alemana de Santiago

Pedro González Ruiz Medicina Materno-Fetal, Clínica Alemana de Santiago

Álvaro Sepúlveda Martínez Medicina Materno-Fetal, Clínica Alemana de Santiago

Javiera Vargas Zúñiga Anestesiología Obstétrica, Clínica Alemana de Santiago

Gonzalo Lira Lea-plaza Cardiología, Clínica Alemana de Santiago

Introducción

La Miocardiopatía Hipertrofica es una cardiopatía autosómica dominante, caracterizada por hipertrofia del ventrículo izquierdo (VI) ≥ 15 mm, sin otras enfermedades asociadas (1). La prevalencia es 0.2% en población general, y en mujeres embarazadas es 0.1 – 0.5% (2). Su presentación es heterogénea. Varía desde pacientes asintomáticos hasta manifestaciones graves como muerte súbita. El 75% se presenta como miocardiopatía hipertrofica obstructiva (MCH-O) con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo (TSVI) secundaria al movimiento anterior sistólico (SAM) del velo anterior de la válvula mitral, condición que genera insuficiencia mitral, disfunción diastólica y arritmias (1). Se ha reportado que la miocardiopatía puede producir hasta 7.7% de mortalidad materna asociada al embarazo (3). Se presenta este caso clínico por la complejidad del manejo anestésico en una paciente de muy alto riesgo.

Antecedentes y hallazgos clínicos

Paciente primigesta de 32 años, portadora de MCH-O, desfibrilador automático implantable (DAI) bicameral por antecedentes familiares de muerte súbita, en tratamiento con Metoprolol. A las 27 semanas de embarazo consulta por cuadro de tres semanas de disnea progresiva, ortopnea, palpitaciones y lipotimias. Ingresó hemodinámicamente estable, sin clínica congestiva. Ecocardiograma transtorácico: VI con hipertrofia septal asimétrica basal y media (septum interventricular 23 mm), fracción de eyección ventricular (FEVI) normal, sin obstrucción dinámica en reposo. Al realizar Valsalva se produce obstrucción dinámica no significativa.

Se decide con equipo multidisciplinario mantener hospitalización de paciente para vigilancia activa, completar maduración fetal con corticoides, previa interrupción del embarazo a las 32 semanas, y realizar cesárea para asegurar la estabilidad de la miocardiopatía materna y el bienestar del recién nacido al momento del parto.

Calendario (cronología)

11/01/25 Ingreso Unidad Coronaria para monitorización y manejo de cardiopatía

11/02/25 Cesárea programada

17/02/25 Alta médica

Plan anestésico

Se programa cesárea bajo técnica anestésica combinada espinal-peridural con Monitorización invasiva (línea arterial, Catéter venoso central), monitor no invasivo de Gasto cardiaco (GC) Starling, Baxter (Figura 1) y Point of Care Ultrasound (PoCUS) cardiaco para evaluación cualitativa de llenado del VI.

Conflictos de interés

Volemización previa al inicio de la anestesia neuroaxial con solución Ringer Lactato 1000 cc, debido a la función ventricular críticamente dependiente de la precarga, junto a infusión de Fenilefrina para mantener postcarga.

Se realiza anestesia combinada con dosis bajas de anestésicos locales y titulación lenta peridural para mantener un nivel T4 sin comprometer bruscamente la hemodinamia (espinal con Bupivacaína hiperbara 7.5% 3.75 mg, Fentanilo 15 ug y Morfina 80 ug). Previo al momento de la histerotomía se administra Lidocaína 2% + Epinefrina 1:200.000 en bolo de 5 ml + 5 ml vía peridural y aumento sincrónico de Fenilefrina. Por requerimientos crecientes de Fenilefrina, se decide cambiar vasopresor a Norepinefrina, que mejora la postcarga, al producir vasoconstricción, aumentando el retorno venoso sistémico (RVS) y el GC (en una paciente con frecuencia cardiaca (FC) fija por el marcapasos), el cual se titula al alza al momento de la extracción del feto, administración de uterotónico (Carbetocina 30 mcg + 20 mcg en bolo lento) y alumbramiento.

Discusión y Conclusiones

Los cambios hemodinámicos del embarazo (aumento de volemia, del GC y FC, disminución en la RVS, aumento de contractilidad miocárdica), parto (aumento de GC y presión arterial) y anestesia regional (vasodilatación arterial y sistémica, disminuyendo RVS) requieren una cuidadosa planificación anestésica, especialmente en gestantes cardiopatas. La volemización, uso de vasopresores y la elección de intervenciones que no generan cambios dramáticos y bruscos en la hemodinamia, son claves para la realización de cesárea bajo anestesia neuroaxial en éstas pacientes. Aunque inicialmente se evitó el uso de Norepinefrina por su efecto β sobre la contractilidad miocárdica, produciendo SAM y obstrucción del TSVI, en nuestra paciente se demostró que mejoraba el débito cardíaco sin producir SAM, lo cual fue muy favorable en una paciente sin posibilidad de aumentar el GC secundario al aumento de la FC. Este caso ilustra la posibilidad de realizar en forma segura una anestesia regional en paciente con MCH-O, donde la monitorización dinámica del GC y del VI permite la conducción y mantención de la estabilidad permitiendo el encuentro primario de la madre y el recién nacido.

Contacto

Nombre: Paulina Figueroa Rivera

Correo electrónico: paulinafigueroarivera@gmail.com

Teléfono / Móvil: / 56992899129

Dirección: