

Disreflexia autonómica en cirugía de columna cervical

Deambrosi MV.¹, Durán Chávez PD.¹, Cianferoni JL.¹, Deltrozzo JO.¹, Bolzón I.¹

1 Hospital Regional Dr. Ramón Carrillo, Santiago del Estero, Argentina.

Introducción: Reportamos caso de disreflexia autonómica (DA) en paciente con trauma cervical alto de seis días de evolución.

Caso clínico: Paciente masculino de 21 años, ingresa a quirófano para cirugía programada instrumentación de columna cervical, diagnóstico luxofractura de C5 tras traumatismo vial de moto.

Paciente lucido, vigil, orientado en tiempo y espacio, cuadripléjico, sensibilidad conservada a 3 cm superior de línea intermamilar, refiere drogadicción y tabaquismo. Preoperatorio registro inicial: TA: 103/54 mmHg Fc: 60 lxm So2 98%. Se instaura plan anestésico: posición en olfateo, preoxigenación Fio2 100% durante 3 minutos e inducción secuencia rápida: propofol y succinilcolina. Se procede realizar intubación con videolaringoscopio con Introdutor de Eschmann infructuoso, segundo intento laringoscopio McCoy rama 4, intubación con tubo espiralado exitosa, ARM modo vcv, Fio2: 0,30, Vt: 0.400 Peep: 6 Fr: 12 I: E 1:2,5 Etco2: 35 mmHg t° 36,4° C, diuresis inicial: 100ml. Mantenimiento: sevoflurane, remifentanilo y atracurio. Luego de 15 minutos, registro hemodinámicos intraoperatorios tormentosos que varían TA: 210/90 -180/85 mmHg Fc: 45-110 lxm, coincidiendo con toma de injerto óseo en cresta iliaca. Después de 30 minutos, estabilidad hemodinámica. Duración acto quirúrgico 3 horas. Diuresis final: 1.250 ml. Egresa paciente a servicio de Unidad de Terapia Intensiva.

Discusión: La DA es la desregulación del sistema nervioso autónomo que conduce a una respuesta autónoma desordenada que puede resultar en un episodio hipertensivo potencialmente mortal. Se desarrolla típicamente después de una lesión torácica alta o completa, superior a T6, a este nivel existe pérdida del control supraespinal sobre las neuronas preganglionares simpáticas (SPN) caudal a la lesión, lo que hace que las SPN sean susceptibles a episodios de hiperactividad resultantes de estímulos por debajo del nivel de lesión, sin un control supraespinal descendente, generando inestabilidad vascular extrema.

Los factores que desencadenan esta inestabilidad implican hipertono noradrenérgico y motor, puede ser un estímulo cutáneo, propioceptivo o visceral; el 85% se debe a distensión vesical. Generando ascensos del 20% presión arterial media basal o aumentos superiores de 150 mmHg de presión sistólica, acompañado de bradicardia o taquicardia en lesiones cervicales altas. Generalmente se desarrolla entre un mes a un año de producido el trauma, pero se ha descrito en primeros días o semanas.

Conclusión: Dado que el funcionamiento del sistema nervioso simpático en estos pacientes no se puede predecir, se sugiere una inducción suave y lenta de la anestesia. Si presenta hipertensión debe pensarse en forma inmediata en una DA y realizar la búsqueda y manejo del evento desencadenante como inicio del tratamiento, profundizar acto anestésico seguido de vasodilatadores de acción rápida.

<https://doi.org/10.25237/congresoclasa2019.82>