

Rev. Soc. Esp. Dolor
12: 181-182, 2005

Analgesia epidural para el parto en gestante con síndrome de Klippel-Trenaunay

M. A. Moguel¹, F. J. Pérez-Bustamante¹, I. Morgado¹, J. Morales¹ y L. M. Torres¹

Moguel MA, Pérez-Bustamante FJ, Morgado I, Morales J, Torres LM. Epidural analgesia for labour in a pregnant woman with Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12: 181-182.

Presentamos el caso de una gestante de 32 años de edad, con antecedentes de síndrome de Klippel-Trenaunay, que es admitida al hospital por rotura de membranas y solicita analgesia epidural para el parto.

El síndrome de Klippel-Trenaunay es una entidad poco frecuente, de etiología desconocida, caracterizada por una tríada clínica característica consistente en hemangioma capilar cutáneo (mancha en vino de Oporto), hipertrofia asimétrica de los miembros (por crecimiento excesivo de hueso y tejidos blandos) y varicosidades venosas por anomalías en el sistema venoso profundo, que predisponen al sangrado y al desarrollo de tromboflebitis.

En el 92% de los casos afecta a las extremidades inferiores, siendo unilateral en el 72% del conjunto (1).

Las varicosidades venosas generalmente implican a la extremidad afectada, aunque también pueden existir a nivel de los órganos intraabdominales e intrapélvicos, lo cual se relaciona en ocasiones con recorragias, hematuria o sangrado perioperatorio en intervenciones que comprometan estas localizaciones.

Asimismo se han descrito, en raras ocasiones, malformaciones venosas y arteriovenosas que afectan al hueso, a nivel espinal o incluso intracraneal.

Como patología asociada a este síndrome debemos destacar la posibilidad de presentar coagulopatía, que, en algunas ocasiones, puede ser severa y obliga a valo-

rar el estado de coagulación previo a las intervenciones quirúrgicas, así como el riesgo aumentado de embolismo pulmonar, en relación a su patología venosa de base, que debe llevarnos a la prescripción de anticoagulación profiláctica en casos de admisión al hospital.

CASO CLÍNICO

Primigesta de 32 años de edad, 38 semanas de gestación, admitida en el hospital por rotura de membranas.

Entre sus antecedentes personales destacaban el padecer un síndrome de Klippel-Trenaunay, con afectación del miembro inferior derecho, en el cual se podía objetivar el aumento de diámetro y longitud del mismo, con presencia de un angioma plano a nivel de la cara anteroexterna del muslo, varicosidades venosas llamativas, tanto a nivel del muslo como de la pierna derecha, y trastornos tróficos cutáneos que afectaban fundamentalmente el área distal de la pierna.

En seguimiento por el servicio de cirugía vascular, no realizaba tratamiento médico alguno, a excepción de productos tópicos locales para el cuidado de los trastornos cutáneos de su pierna derecha.

Aportaba informe que describía las lesiones que presentaba la paciente; asimismo excluía la afectación del miembro inferior contralateral, así como la existencia de malformaciones vasculares a otros niveles. No había presentado complicaciones como consecuencia de su enfermedad de base, a excepción de la afección cutánea por el éstasis circulatorio.

La paciente solicitó analgesia epidural para el parto; presentaba en esos momentos 3 cm de dilatación cervical, existía dinámica uterina eficaz y el feto se mostraba reactivo, sin datos de sufrimiento fetal. Los datos de laboratorio mostraban un hemograma con plaquetas 136.000, hemoglobina 10,9, siendo el resto de los parámetros normales; el estudio de coagulación y la bioquímica básica eran normales.

¹Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz

Recibido: 04-11-04.
Aceptado: 22-03-05.

Previa firma del consentimiento y explicación del procedimiento, se decidió colocación de catéter epidural de 20G mediante aguja de Tuohy de 18G, a nivel del espacio L3-L4, realizándose la técnica sin incidencias.

Se administraron dosis test de 5 ml de bupivacaína 0,25% con epinefrina y un bolo inicial de 8 ml de bupivacaína 0,25% sin vasoconstrictor y 100 mg de fentanilo, sin incidencias. Se pautó perfusión de bupivacaína 0,0625% con 2 µg.ml⁻¹ de fentanilo, entre 15-20 ml.h⁻¹, consiguiendo una analgesia muy satisfactoria hasta finalización del parto.

Se consiguió parto eutócico, que precisó episiotomía, siendo el producto de la gestación un recién nacido varón de 2.695 g de peso, con test de Apgar de 9-10.

En puerperio inmediato se retiró catéter epidural sin incidencias.

A las 12 h del parto, y teniendo en cuenta el riesgo elevado de fenómenos tromboembólicos, se administró heparina de bajo peso molecular s.c., de forma profiláctica según indicación de obstetricia, sin incidencias. Este tratamiento se mantuvo hasta el alta del paciente, al 3º día postparto.

La paciente fue valorada a las 24 horas del parto y telefonada a la semana del alta hospitalaria, sin apreciar ninguna incidencia y/o complicación relacionada con la analgesia epidural.

El grado de satisfacción con la técnica analgésica utilizada fue óptimo.

cartar la existencia de estructuras vasculares angiodisplásicas próximas a la médula espinal, las estructuras pélvicas o la pared abdominal inferior que pudieran complicar la analgesia peridural o la cesárea.

Nosotros consideramos que la analgesia epidural puede ser un método eficaz y seguro en este tipo de pacientes, siempre que tengamos acceso a las pruebas diagnósticas realizadas para valorar la extensión de esta patología.

En el caso de que no exista garantía de la ausencia de afectación espinal y/o coagulopatía, optamos por otras alternativas útiles para la analgesia obstétrica como es el uso de remifentanilo intravenoso, opioide de la familia del fentanilo, disponible en España para su uso desde 1997 y que, por sus particulares características farmacocinéticas y farmacodinámicas (6), ha ido ganando un lugar destacado en la analgesia del parto (7), cuando se usa en forma de PCA en bolos a demanda con/sin perfusión basal.

CORRESPONDENCIA:

L. M. Torres

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor

Hospital Universitario Puerta del Mar

Avda. Ana de Viya, 21

11009 Cádiz

Tel.: 956 002 897

e-mail: luismtorres@arrakis.es

DISCUSIÓN

La analgesia epidural representa la mejor opción para el alivio del dolor del trabajo de parto, aunque no está exenta de complicaciones. El hematoma epidural es una de estas posibles complicaciones, y sus consecuencias neurológicas pueden ser nefastas para el paciente.

La presencia de malformaciones vasculares a nivel espinal y/o coagulopatía pueden incrementar mucho el riesgo de hematoma epidural, circunstancias ambas que pueden estar presentes en los pacientes con síndrome de Klippel-Trenaunay.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, existen autores que desaconsejan (2)/descartan (3) el uso de la analgesia epidural en estos pacientes.

No obstante, existen publicaciones en la literatura de anestesia regional central realizadas con éxito en estos pacientes, tras haber descartado la existencia de patología vascular espinal y coagulopatía (4).

En el caso de las gestantes con síndrome de Klippel-Trenaunay, existen autores (5) que recomiendan la realización de estudios seriados de hemostasia, así como una resonancia magnética previa al parto para des-

BIBLIOGRAFÍA

1. Glociczki P, Stanson A, Stickler G, Johnson C, Toomey B, Meland N, et al. Klippel-Trenaunay syndrome: the risks and benefits of vascular interventions, *Surgery* 1991; 110: 469-79.
2. Martínez-Ubieto J, Laglera-Trebol S, Ortega-Lahuerta JP, Sánchez-Tirado JA, Recio-Cabrero A, Gimena-Funes S, et al. Anesthesia implications in Klippel-Trenaunay syndrome. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1997; 44: 127-8.
3. López-Moreno JA, Rabadán V, Abellán J, Hernández G, Vicente U, Del Pino AL. Anesthesia in a patient with Klippel-Trenaunay-Weber syndrome. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1997; 44: 127.p
4. Christie Iw, Ahkine Pa, Holland RI. Central regional anaesthesia in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Anaesth Intensive Care* 1998; 26: 319-21.
5. Hergesell K, Kroger K, Petruschkat S, Santosa F, Herborn C, Rudofsky G. Klippel-Trenaunay syndrome and pregnancy. *Int Angiol* 2003; 22: 194-8.
6. Torres LM, Calderón E, Velázquez A. Remifentanyl. Indications in anesthesia. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 1999; 46: 75-80.
7. Bermejo-Álvarez MA, Iglesias-Fernández C. Intravenous remifentanyl, an interesting alternative in obstetric analgesia. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2000; 47: 422.