



## Compartint l'Anestesiologia a les Tres Nacions

*Una Comarca, un Hospital, tres Idiomes...*



Palau d'Esports i Congressos d'Alp, Girona



**XIV** Congrés de la Societat Catalana  
d'Anestesiologia, Reanimació i  
Terapèutica del Dolor

8 i 9 de novembre de 2018

WWW.CONGRESSCARTD.ORG

# DEBUT PERIOPERATORIO DE MIASTENIA GRAVIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Luis Tirados Pérez; María Luisa Martínez Villar; Ariadna Dolera Hernández; Lucas Paseiro García;  
Regina Sopena García  
Hospital General de Granollers. Servei d'Anestesiologia i Reanimació

## INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades neuromusculares (ENM) forman parte del diagnóstico diferencial de insuficiencia respiratoria aguda (IRA) postoperatoria.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Varón de 73 años, ASA 3 programado para sigmoidectomía laparoscópica y herniorrafia inguinal izquierda.

Preoperatoriamente refiere astenia.

Anestesia combinada (general, bloqueo TAP): propofol y sevoflurano como hipnóticos; remifentanilo en TCI; rocuronio para IOT con bolus intraoperatorios. Al finalizar intervención, previa reversión del bloqueo neuromuscular con sugammadex (TOFr >90%), respuesta a órdenes y ventilación espontánea, es extubado. Dos minutos después presenta IRA que requiere reintubación (propofol y succinilcolina). A los 30 minutos y a las 3 horas, nuevos intentos de educación fallidos. Traslado a UCI para diagnóstico y manejo.

Orientado como síndrome miasténico, tratamiento empírico con corticoides e inmunoglobulinas. Mejoría que permite extubación al 8º día postoperatorio, 30 horas después requiere IOT por IRA. Traqueotomizado al 22º día. Se completa estudio, tratamiento con corticoides, inmunoglobulinas, pirigostigmina, rituximab y soporte ventilatorio.

Diagnóstico definitivo de MG con anticuerpos anti-RAch negativos y anti-MuSK positivos en forma de crisis miasténica tras descartar enfermedad cerebrovascular (RMN normal) y miopatía paraneoplásica (electroencefalograma normal, electromiografía negativa).

## RESULTADOS.

El diagnóstico de MG incluye clínica, serología y electromiografía.

Cirugía, dolor, hipotermia, estrés, relajantes musculares y aminoglucósidos pueden precipitar una crisis miasténica. El tratamiento engloba: soporte ventilatorio, fármacos anticolinesterásicos, inmunomoduladores y plasmaféresis.

## CONCLUSIONES.

Las ENM requieren manejo anestésico específico, por tanto, es imprescindible diagnóstico y estadiaje preoperatorios. El uso de relajantes musculares ha cambiado con la introducción de sugammadex.

La MG debuta en forma de IRA en un 15% de los casos.