



Choque anafiláctico en una gestante en el tercer trimestre de embarazo

RESUMEN

Se comunica el caso de una paciente con 35 semanas de embarazo, atendida en Urgencias, luego de un episodio de dificultad respiratoria, hipotensión y pérdida del bienestar fetal. Debido a sus antecedentes personales y el cuadro clínico se apuntó al ataque anafiláctico como diagnóstico más probable y respondió de forma inmediata y favorable a la administración de dexclorfeniramina y metilprednisolona. De forma paralela se objetivó mejoría en el registro cardiotocográfico fetal y tras permanecer hospitalizada durante 48 horas se dio de alta. Ante la sospecha de anafilaxia en el curso de una gestación deben afrontarse cuatro aspectos: la severidad del cuadro anafiláctico, las complicaciones particulares al tratarse de una gestante, los efectos adversos del tratamiento utilizado habitualmente en el curso de dicha gestación y la necesidad de extracción fetal por edad gestacional.

Palabras clave: anafilaxia, reacción anafiláctica, choque anafiláctico, embarazo, mujer gestante, alergia, parto pretérmino, prematuridad

Karla Ferreres-García
Juan de León-Luis
Elena Seoane
Enrique García-Marqués
Cristina Sanjuan
Luis Ortiz-Quintana

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital General Gregorio Marañón, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

A case study of anaphylaxis in a pregnant woman

ABSTRACT

We report a case of anaphylaxis in a 35+5 week of pregnancy patient who came to the Emergency Room with shortness of breath, hypotension and loss on fetal wellbeing. Due to her medical history and given the clinical picture at that time, an anaphylactic shock was suggested as the most probable diagnose. The administration of dexchlorpheniramine and methylprednisolone resulted in an immediate and positive reaction. Simultaneously, an improvement in the fetus cardiotocographic record was objectified. The patient was hospitalized for 48 hours, after which she was discharged. In case of suspicion of anaphylaxis in a pregnant woman, four aspects should be handled: the severity of the anaphylaxis chart, individual complications regarding a pregnant woman, unfavorable effects of the regularly used treatment during that specific gestation, and the need of fetal extraction based of gestational age.

Key words: Anaphylaxis, anaphylactic reaction, anaphylactic shock, pregnancy, pregnant women, allergy, preterm birth, neonatal prematurity

Recibido: octubre 2013

Aceptado: diciembre 2013

Correspondencia

Dr. Juan de León-Luis
Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital General Universitario Gregorio Marañón
Unidad de Medicina Fetal
Calle O' Donnell 48, planta 0
28009 Madrid, España
jdeleonluis@yahoo.es

Este artículo debe citarse como

Ferreres-García K, León-Luis J, Seoane E, García-Marqués E, Sanjuan C, Ortiz-Quintana L. Choque anafiláctico en una gestante en el tercer trimestre de embarazo. Ginecol Obstet Mex 2014;82:188-193.



ANTECEDENTES

La anafilaxia es la forma más grave y súbita de reacción alérgica; consiste en una reacción de hipersensibilidad caracterizada por colapso cardiovascular y afectación respiratoria debidos a la liberación masiva de histamina. Sin tratamiento ni medidas de soporte puede conducir a la muerte en pocos minutos, por lo que es necesario identificar rápidamente el cuadro y aplicar las medidas de soporte necesarias. Son pocos los casos descritos en gestantes durante el tercer trimestre del embarazo que hayan tenido consecuencias graves para el feto. En estas situaciones, en la actualidad el tratamiento no es diferente al habitual,¹ salvo que será el riesgo de pérdida del bienestar fetal el que indicará la necesidad de finalización del embarazo dentro del esquema terapéutico, tomando en consideración la edad gestacional y las consecuencias de la prematuridad.

Se comunica un caso de choque anafiláctico en una paciente con 35+5 semanas de embarazo y se describen los procedimientos diagnóstico-clínicos de esta afección.

Presentación del caso

Paciente de 38 años de edad, en el tercer embarazo, con dos partos eutócicos previos, que acudió al servicio de Urgencias cuando cursaba las 35+5 semanas de embarazo porque tenía: dificultad respiratoria de aparición súbita, eritema pruriginoso generalizado, cefalea y dolor abdominal intermitente, tras la ingestión de un emparedado, con antecedentes alérgicos alimentarios. En la exploración general, la paciente se encontró afebril, con tensiones arteriales de 86/45mmHg, la saturación de oxígeno medida con un pulsioxímetro fue de 84%, sin roncus ni sibilancias en la auscultación pulmonar y sin edema de glotis. Con la sospecha de reacción alérgica se buscó una vía periférica para administrar suero Ringer lactato a alta velocidad.

Se le colocó una mascarilla de oxígeno de alto flujo y se le administraron 5 mg de dexclorfeniramina y 40 mg de metilprednisolona, ambos por vía intramuscular. A la exploración ginecológica se objetivó aumento del tono uterino, sin metrorragia, ni pérdida de líquido amniótico ni cambios en el cuello uterino. El registro cardiotocográfico puso de manifiesto un patrón fetal de desaceleración con bradicardias de hasta 60 lpm de menos de un minuto de duración, así como dinámica uterina irregular (Figura 1). El estudio ecográfico mostró que la placenta estaba normoinserta, en la cara anterior, sin hematomas retroplacentarios. El volumen de líquido amniótico fue normal y las biometrías fetales congruentes con la edad gestacional. En todo momento la paciente permaneció en decúbito lateral izquierdo, con registro cardiotocográfico continuo, en el que constantemente se objetivó la dinámica uterina irregular y de baja intensidad (Figura 2). En virtud de la edad gestacional no se inició tratamiento tocolítico. A los tres minutos del tratamiento farmacológico inicial se observó franca mejoría clínica materna: disminución del

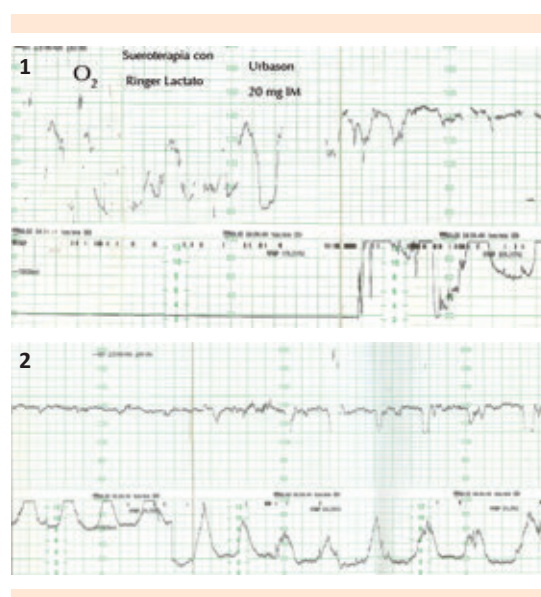


Figura 1 y 2. Registro cardiotocográfico fetal a la llegada a Urgencias y durante el tratamiento inicial ante la sospecha de un cuadro anafiláctico.

eritema, del prurito y de la dificultad respiratoria. Se alcanzó una saturación de oxígeno de 92% y tensión arterial de 100/60 mmHg. Cinco minutos después la mejoría fue más relevante, con saturación de oxígeno de 98% y tensión arterial de 100/70 mmHg. Del mismo modo, junto con las medidas iniciadas, a los 15 minutos de la llegada de la paciente se objetivó en el registro continuo un aumento de la frecuencia cardíaca fetal basal a 150 latidos por minuto, con variabilidad tipo I y dinámica irregular persistente (Figuras 3 y 4).

Posteriormente, la paciente permaneció estable y asintomática, con disminución de la dinámica y sin cambios cervicales durante su estancia en Urgencias.

Al interrogar a la paciente acerca de los antecedentes personales de interés refirió ser alérgica a multitud de alimentos, entre ellos: frutos secos, legumbres, algunas frutas y verduras. También refirió haber padecido reacciones alérgicas más

leves, sin estar embarazada, que remitían con dexclorfeniramina oral. En la investigación de posibles desencadenantes del cuadro refirió la ingestión de un emparedado de jamón y queso una hora antes de su llegada a Urgencias. Sus embarazos previos cursaron con normalidad y el actual transcurría con normalidad, con controles analíticos-ecográficos.

Como pruebas complementarias se solicitaron: hemograma, coagulación y niveles de dímero-D, que fueron rigurosamente normales. Al cabo de una hora de registro sin desaceleraciones, con buena variabilidad, frecuencia cardíaca fetal basal estable y cierta dinámica que no percibía la paciente, se decidió la hospitalización para observarla con control de constantes por turnos. La paciente permaneció hospitalizada 48 horas con control de las constantes vitales maternas, sin contacto con posibles alérgenos y seguridad en el control del bienestar fetal (Figuras 6 y 7). La dinámica uterina persistió irregular y las condiciones cervicales no se modificaron.

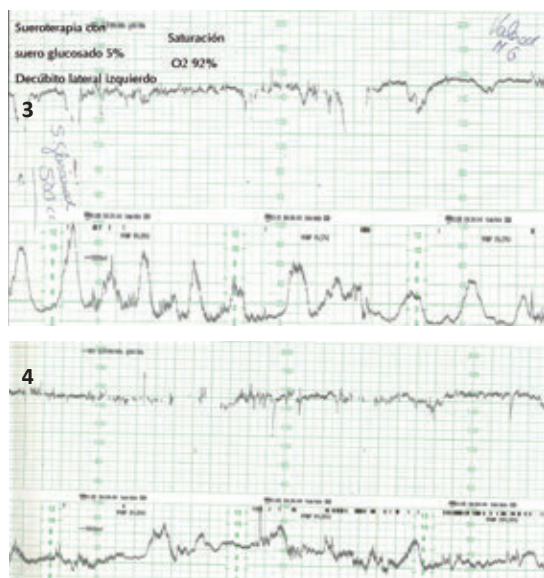


Figura 3 y 4. Evolución del registro cardiotocográfico fetal durante la estancia de la paciente en Urgencias.

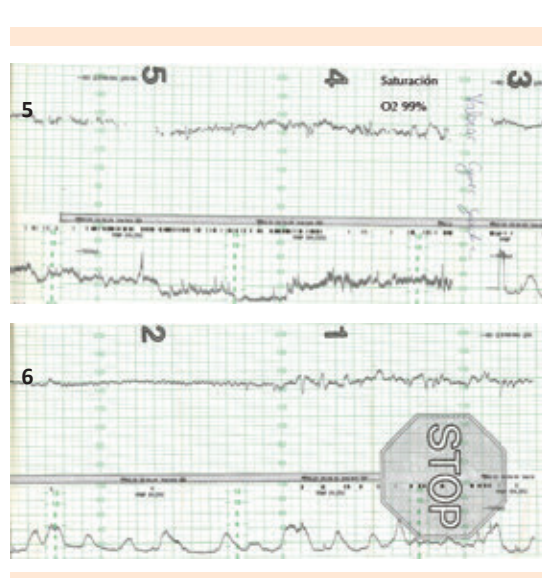


Figura 5 y 6. Tras la estabilización de la paciente en Urgencias y mejoría del registro cardiotopográfico se decide su hospitalización.



Dos días después del ingreso la paciente estaba asintomática y el registro mostró buena reactividad fetal y escasa dinámica uterina (Figura 8). Se decidió el alta hospitalaria con la indicación de continuar el control gestacional con su ginecólogo habitual, evitar todos los posibles alérgenos y se remitió a su alergólogo de referencia.

A la semana 40 de la gestación la paciente regresó a Urgencias e ingresó con trabajo de parto y, 4 horas después, dio a luz un varón de 3,520 gramos, vivo y sano.

COMENTARIO

Se expuso un caso de anafilaxia en una paciente con embarazo de 35+5 semanas, con repercusión materna y fetal, con buena respuesta al tratamiento farmacológico y resultado perinatal favorable.

En el ámbito mundial la prevalencia estimada de reacciones anafilácticas está en torno al

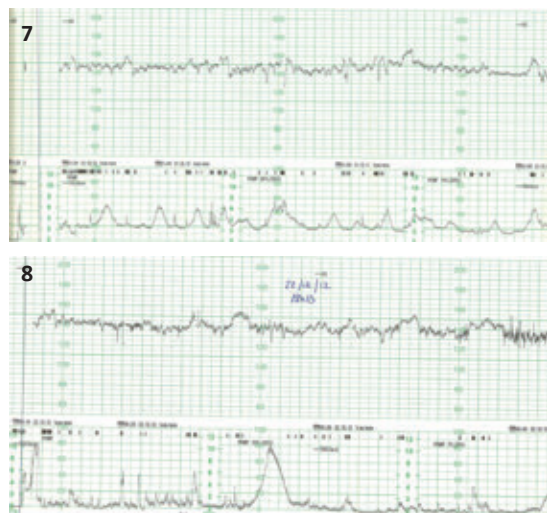


Figura 7 y 8. Registros realizados durante la hospitalización a las 8 y 24 horas del ingreso de la paciente.

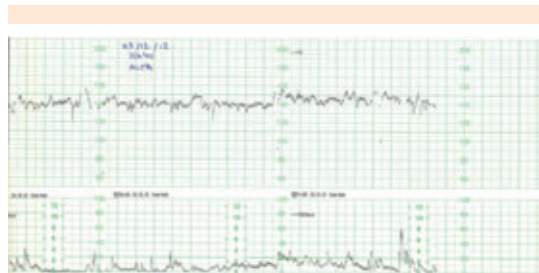


Figura 9. Registro de un patrón fetal reactivo, con ascensos, la frecuencia cardíaca fetal basal es de 130 lpm, la variabilidad es tipo II y no existen desaceleraciones.

0.05-2%² con una tendencia creciente, aunque infradocumentada, en los países industrializados.³ En 2 de cada 3 casos de alergia se encuentran como responsables los frutos secos y el marisco, seguidos del veneno de insectos y las alergias medicamentosas.⁴ La incidencia de anafilaxia durante la gestación no se conoce con exactitud, aunque los alérgenos son similares, excepto durante el trabajo de parto, momento en el que predomina la alergia a los antibióticos betalactámicos y al látex.⁵

El diagnóstico de anafilaxia es principalmente clínico, con el antecedente personal de reacciones de hipersensibilidad luego de la exposición a un alérgeno. En virtud de la gravedad del cuadro, el tratamiento debe ser urgente para garantizar, en primer lugar, la ventilación pulmonar con oxígeno, incluso mediante intubación orotraqueal o traqueostomía si la vía aérea no es permeable. Con el fin de reponer volúmenes deben abrirse dos vías periféricas para el paso de suero intravenoso y en todo momento deben monitorizarse las constantes vitales.⁶

De forma particular en el caso de mujeres embarazadas lo más importante será: mantener una tensión arterial sistólica superior a 90 mmHg para garantizar el flujo placentario, adoptar el decúbito lateral izquierdo con los miembros inferiores elevados, facilitando el retorno venoso,

e iniciar la monitorización fetal y uterina lo antes posible de manera continua.

En cuanto al tratamiento farmacológico, la mayor parte de los protocolos coincide en la utilización de adrenalina intramuscular (categoría C de la FDA) asociada con antihistamínicos (categoría B) como primera línea de tratamiento para revertir el broncoespasmo, en dosis única o repetidas cada 15-30 minutos o, incluso, en perfusión continua,⁷ en función de la evolución del paciente. Otros fármacos considerados de segunda línea en el tratamiento de la anafilaxia son los glucocorticoides (categoría C), de acción más lenta que la adrenalina, pero más sostenida. Entre los glucocorticoides, la metilprednisolona es la primera elección, seguida de hidrocortisona.

A pesar de esta línea piramidal de tratamiento debe considerarse que la indicación de adrenalina a una mujer embarazada, por su potente efecto vasoconstrictor, puede resultar controvertida debido al riesgo de isquemia placentaria, al aumento del consumo de oxígeno del miocardio materno, taquiarritmias, lactacidemia y la repercusión de todos estos efectos adversos en el bienestar fetal. Por estos motivos, en algunas situaciones en que el estado clínico de la paciente lo permita puede recurrirse a fármacos de segunda línea más los que alivien los síntomas alérgicos, como los antihistamínicos o los agonistas beta adrenérgicos inhalados.

Es de vital importancia vigilar continuamente la respuesta del feto a la situación clínica de la gestante, incluido el periodo sintomático inicial que, como se ha visto, refleja un patrón de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal, incluido el periodo de estabilización materna. En los casos de anafilaxia resistente al tratamiento médico o en que se observan signos de sufrimiento fetal está indicada la cesárea de urgencia tomando en

consideración la edad gestacional y los riesgos propios de la prematuridad en el centro donde tenga lugar el cuadro clínico.⁸

El diagnóstico de anafilaxia es principalmente clínico; sin embargo, ante una embarazada, sobre todo en el tercer trimestre, con dificultad respiratoria de aparición súbita y alteraciones en el registro de la frecuencia cardíaca fetal, los dos cuadros clínicos que deben descartarse lo antes posible son el tromboembolismo pulmonar y la embolia de líquido amniótico.⁹ Debe también descartarse la laringopatía gravídica asociada con gestantes con preeclampsia que cursa característicamente con dificultad respiratoria, aunque menos aguda que el edema laríngeo alérgico.¹⁰ La hipotensión y el sangrado genital deben hacer pensar, también, en una rotura uterina o en un *abruptio placentae*.

La urticaria de aparición súbita junto con dificultad respiratoria e hipotensión arterial debe hacer pensar en anafilaxia y preguntar a la paciente por alergias conocidas o episodios previos similares. Las consecuencias de la reacción anafiláctica en la madre no diferirán mucho de las que se originan en la mujer no gestante. Su importancia radica en que el daño va a repercutir también en el feto. La histamina, liberada de forma masiva en estos cuadros, a nivel de vasos placentarios y umbilicales, es más potente como vasoconstrictor que la adrenalina;¹¹ por tanto, la oxigenación fetal se afecta de dos maneras: directamente debido a la hipoxemia materna, y de manera indirecta por la hipotensión arterial y la vasoconstricción periférica.¹²

Al principio, el feto compensa esta disminución de flujo uterino mediante la redistribución sanguínea hacia los órganos vitales, mediante el aumento de captación de oxígeno y de su liberación a los tejidos y disminuyendo los movimientos fetales.



Cuando se superan estos mecanismos fetales de compensación aumenta el riesgo de encefalopatía hipóxico-isquémica al nacimiento y de daño irreversible en el sistema nervioso central.¹³

Otro posible efecto en el feto es la prematuridad, que implica aumento de la morbilidad y mortalidad neonatal. Los mediadores de inflamación liberados, junto con la histamina (tromboxano A2, serotonina, bradicinina, PGF2 alfa), actúan en la musculatura lisa uterina tornándola dinámica y quizá llevándola a un parto pretérmino.¹⁴

Con todo lo anterior queda demostrado que las reacciones alérgicas severas en gestantes se asocian con aumento de la morbilidad y mortalidad materna y fetal.

El protocolo de actuación ante un cuadro de anafilaxia en una paciente gestante debería estar establecido en todo servicio de Urgencias obstétricas y su personal debería estar capacitado para su atención.

CONCLUSIÓN

Ante un cuadro sugerente de choque anafiláctico, la actitud terapéutica debe ser inmediata, valorando en todo momento el estado materno y fetal. De primera elección se recomienda la adrenalina, luego los corticoesteroides y los antihistamínicos en función de la gravedad del cuadro.

La pérdida del bienestar fetal mantenida decide la extracción fetal urgente mediante cesárea, en función de la edad gestacional y asumiendo los riesgos derivados de la prematuridad. Una actitud expectante es posible cuando se observa la recuperación materna y fetal a corto plazo, con seguimiento continuo y estricto del bienestar

materno-fetal. Para poder establecer un protocolo de actuación urgente, eficaz y seguro para la madre y su hijo es necesario documentar mayor número de casos de anafilaxia en embarazadas.

REFERENCIAS

1. Grabenhenrich L, et al. Implementation of anaphylaxis management guidelines: a register-based study. *PLoS One* 2012;7:e35778.
2. Beyer K, et al. Anaphylaxis in an emergency setting-elicitors, therapy and incidence of severe allergic reactions. *Allergy* 2012;67:1451-6.
3. Adkinson NF, Middleton E. Middleton's allergy: principles & practice. 7th ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier 2009; 46,1765.
4. Ring J, Behrendt H, Weck A. History and classification of anaphylaxis. *Chem Immunol Allergy* 2010;95:1-11.
5. Berardi A, et al. Maternal anaphylaxis and fetal brain damage after intrapartum chemoprophylaxis. *J Perinat Med* 2004;32:375-7.
6. Carlavilla-Martínez AB, García Sánchez FJCF, Gracia-Lorenzo V, Ibero-Esparza AC, y col. Manual de diagnóstico y terapéutica Médica. 6ª ed. Madrid: MSD Hospital Universitario 12 de octubre. 2007.
7. Gei AF, et al. The use of a continuous infusion of epinephrine for anaphylactic shock during labor. *Obstet Gynecol* 2003;102:1332-5.
8. Chaudhuri K, et al. Anaphylactic shock in pregnancy: a case study and review of the literature. *Int J Obstet Anesth* 2008;17:350-7.
9. Sengupta A, Kohli JK. Antibiotic prophylaxis in cesarean section causing anaphylaxis and intrauterine fetal death. *J Obstet Gynaecol Res* 2008;34:252-4.
10. Simons FE, Schatz M. Anaphylaxis during pregnancy. *J Allergy Clin Immunol* 2012;130:597-606.
11. Reviriego J, Fernandez-Alfonso MS, Marin J. Actions of vasoactive drugs on human placental vascular smooth muscle. *Gen Pharmacol* 1990;21:719-27.
12. Bytautiene E, et al. The effect of a mast cell degranulating agent on vascular resistance in the human placental vascular bed and on the tone of isolated placental vessels. *Reprod Sci* 2008;15:26-32.
13. Sleth JC, et al. Anaphylaxis in terminal pregnancy: two case studies and review of the literature. *Ann Fr Anesth Reanim* 2009;28:790-4.
14. Mak KK, et al. Effects of vasoactive autacoids on the human umbilical-fetal placental vasculature. *Br J Obstet Gynaecol* 1984;91:99-106.