

Insuficiencia suprarrenal transanestésica

DR. OCTAVIO MORENO MARTÍNEZ
DR. LUIS PÉREZ TAMAYO

El *stress* anestésico quirúrgico puede precipitar insuficiencia córtico suprarrenal aguda en adisoneanos no controlados o en casos subclínicos de baja reserva funcional. Las pruebas dinámicas funcionales son indispensables ante la más mínima sospecha clínica a efecto de evidenciarla y proveer la adecuada terapéutica substitutiva que haga posible la realización del acto quirúrgico sin complicaciones.

La frecuencia de la enfermedad de Addison es de 1 en 100,000; hay casos de insuficiencia córticosuprarrenal compensada que por su misma situación, clínicamente significa un verdadero problema su identificación, sin embargo, la insuficiencia córticosuprarrenal iatrogénica tiene una incidencia actual de 4.5% en pacientes en que por algunas circunstancias hubo necesidad de emplear córticosteroides.

En el Hospital de Enfermedades de la Nutrición la revisión en 10, que hicimos de esta casuística, nos permitió corroborar que en 4.5% de estos pacientes existía una insuficiencia córticosuprarrenal de gran importancia.

En 41 casos de anestesia en adisoneanos se produjeron 26 crisis addisoneanas con 12 muertes en un informe de Dundee de 1957 en 15 operaciones en adisoneanos se obtuvieron 11 muertes, también informes de Green y Rowntree en 1944 de suerte que Rowntree en 1931 puntualizaba este aforismo, si el tratamiento de un paciente con enfermedad de Addison requiere interven-

ción quirúrgica, el riesgo es prohibitivo, sólo debe asumirse después de serias consideraciones. El propósito de este trabajo, no es precisamente puntualizar este aforismo abstencionista; tratamos de hacer ver que la estrecha colaboración del equipo constituido por el anesthesiólogo, el cirujano y el endocrinólogo, pueden hacer posible la intervención en pacientes con insuficiencia corticosuprarrenal adecuadamente diagnosticados y adecuadamente controlados en el pre, trans y postoperatorio. Tres casos que vamos a presentar, tratan de puntualizar esta situación con grados diferentes de insuficiencia córticosuprarrenal. El descubrimiento temprano del padecimiento y la más estrecha colaboración del cirujano, el endocrinólogo y el anesthesiólogo, niegan el pesimismo abstencionista operatorio en estos pacientes. En 1952 con las nuevas técnicas de estudio de función suprarrenal, Schwartz, Derrick y Papper, en 21 operaciones en adisoneanos, reportaron únicamente 3 muertes; es que en estos casos no se había sospechado el padecimiento y por lo tanto no se había previsto la adecuada terapéutica. En el caso No. 1 tenemos una paciente del sexo femenino de 28 años de edad con antecedentes patológicos de dos partos, una apendicectomía y salpingooforectomía, operaciones que cursaron sin ninguna complicación imputable a déficit funcional corticosuprarrenal. En su padecimiento actual ingresa al hospital por miomatosis uterina sintomática, se practicó una histerectomía

total abdominal bajo anestesia general endotraqueal, con ciclopropano, oxígeno y ventilación controlada, insistimos en que el accidente que se presentó y que nos permitió descubrir la existencia de una insuficiencia córticosuprarrenal, fue el que la recuperación postanestésica se prolongó 48 horas; en el postoperatorio presentó severa astenia a las 72 horas, en la exploración física lo único que encontrábamos eran ligeras manchas café con leche en labios, en las encías casi no se notaba nada. Al practicar la prueba de estimulación corticosuprarrenal, encontramos y es menester repetirlo, que los controles con cuantificación exclusivamente de 17 cetosteroides y 17 hidroxisteroides se encontraban completamente dentro de la normalidad. Si nosotros únicamente nos hubiésemos atendido a esta información, hubiéramos incurrido en un grave error porque al practicar la estimulación con la prueba del *stress* provocado, no tuvimos absolutamente ninguna respuesta; se supone que los resultados que encontramos, cuando estimulamos con HST en esta proporción, es de valor 3 ó 4 veces superiores a los valores de control, en este caso todos los valores se encuentran por debajo de los niveles que encontramos en los controles. El signo que encontramos los labios oscuros, fue lo que nos permitió sospechar la existencia de una probable insuficiencia corticosuprarrenal; no pensamos nosotros que la hiperpigmentación sea un signo patognomónico de la insuficiencia corticosuprarrenal, pero cuando la encontremos, es menester que pensemos en ella hasta no demostrar lo contrario y es un signo tan temprano, que el Dr. Dorman comunica haberlo hallado 18 años antes de que hu-

biese podido comprobar realmente la existencia de la insuficiencia corticosuprarrenal.

En el caso No. 2 se trata de una paciente del sexo femenino de 33 años de edad con antecedentes patológicos, de un año antes de su ingreso al hospital, de haber presentado astenia, anorexia, pérdida de peso, pigmentación bronceada de cara, encías y dedos de las uñas, este fue un signo que nos llamó poderosamente la atención; sus cifras tensionales estaban en límites normales, su frecuencia cardíaca también, sus 17 cetosteroides y sus 17 hidroxisteroides normales, todo esto contradecía los hallazgos de exploración física, que estamos comunicando al practicar la estimulación corticosuprarrenal encontramos una respuesta negativa. Fue operada y en el postoperatorio presentó como consecuencia de la estimulación corticosuprarrenal una hipotensión severa que nos obligó de inmediato instituir el tratamiento sustitutivo, es decir como si con la estimulación hubiera habido una fatiga, que se acabara totalmente la reserva funcional de la suprarrenal y no hubiese ninguna respuesta en esas condiciones, se presentó una insuficiencia por la simple estimulación, es decir, un *stress* provocado, el tratamiento fue con cortisona en dosis sustitutivas adecuadas. La operación que se practicó fue histerectomía total abdominal, en el trans y postoperatorio cursó sin complicaciones administrando corticosteroides a altas dosis y esto también es muy importante, porque cuando teníamos esta paciente con 200 miligramos de cortisol® cada 12 horas, se nos presentó al pasar visita y relatarnos la paciente de un problema muy grave que tenía en su casa, una hipotensión tremenda, tenía manguillo y la estábamos explorando nosotros en la visita

habitual y en ese momento, asistimos a la baja y descenso tremendo de la presión arterial hasta llegar a 0; esto nos obligó a administrar inmediatamente y por vía endovenosa y a la rapidez que pudimos, 200 miligramos de cortisol® con el objeto de sacarla adelante; se restituyó lentamente la presión arterial y a pesar de la dosis elevada que estábamos empleando de corticosteroides, tuvimos y asistimos a lo que podemos llamar, no una crisis addisoniana, sino una grave crisis hipotensiva consecuencia del total desfallecimiento corticosuprarrenal. Durante el corto tiempo que estuvo en el hospital, logramos la desaparición de la pigmentación de manos.

Resumen y conclusiones. Tres pacientes con grados distintos y progresivos de insuficiencia corticosuprarrenal fueron sometidos a intervenciones quirúrgicas diversas de cirugía mayor, con control endocrinológico pre, trans y postoperatorio, sin complicaciones imputables al déficit funcional corticosuprarrenal, estos casos sirven para ejemplificar los diversos aspectos que este problema entraña para el cirujano y el anestesiólogo; si bien la frecuencia de la enfermedad de Addison y de la insuficiencia corticosuprarrenal aumenta considerablemente es menester mantenerse alerta y ante la más leve sospecha clínica de su existencia practicar estudios funcionales de estimulación con la adecuada terapéutica.

