

REACCIONES ALÉRGICAS DURANTE ANESTESIA

Dra. Carolina Perales Chordá

Las reacciones peri-anestésicas se refieren a cualquier tipo de reacción relacionada con el uso de fármacos en el contexto del acto quirúrgico.

Se estima que su incidencia está en 1 por cada 3500 anestésias. La mitad de estas reacciones son de origen alérgico, y están producidas principalmente por relajantes musculares (60%), látex (17%) y antibióticos (8%). No se han descrito reacciones alérgicas con anestésicos inhalados.

Estas reacciones pueden darse a cualquier edad, pero son más frecuentes en mujeres entre la 2ª y 5ª década de la vida.

La aparición súbita de síntomas inesperados (exantema, hipotensión, desaturación, etc.) durante el acto quirúrgico debe hacernos sospechar una RAM.

Tabla 1. Las manifestaciones clínicas más frecuentes en una RAM intraoperatoria.

- PIEL:
 - Eritema → Generalizado o local.
*Si es exclusiva, suele corresponder a una reacción no inmunológica.
 - Angioedema localizado o cuadros urticariales.
*Pueden aparecer tras remontar las tensiones arteriales.
- RESPIRATORIO:
 - Broncoespasmo -> Puede ocasionar secuelas neurovegetativas.
- CARDIOVASCULAR:
 - Hipotensión con taquicardia/alteraciones del ritmo → SHOCK

¿QUÉ HACER ANTE UNA REACCIÓN ADVERSA INTRAOPERATORIA?

1. Tratar la reacción con los medios adecuados (adrenalina, fluidoterapia, broncodilatadores, etc...).

Pueden consultar el Capítulo de Anafilaxia y Shock anafiláctico.

2. Obtención precoz de una muestra de suero para determinación de triptasa.

La triptasa es una proteasa neutra que alcanza un pico máximo en suero en 2 horas, persistiendo hasta las 4-6 horas después del inicio de la reacción. El valor predictivo positivo de triptasa en las reacciones peri-anestésicas se calcula del 93% y el valor predictivo negativo del 54%.

3. Interconsulta al Servicio de Alergia.

La información exhaustiva en este tipo de reacción es esencial para el correcto diagnóstico. Debe cotejarse el listado de todos los productos

SERVICIO DE ALERGIA

implicados precisando la cronología de la reacción, en relación con el acto quirúrgico. La revisión de la hoja de anestesia es primordial y debe incluir toda la información relativa al episodio.

El objetivo del estudio alergológico es identificar el fármaco implicado y plantear alternativas para futuras intervenciones.

Es **IMPORTANTE** mencionar que los antihistamínicos y los corticoides no previenen los casos de verdadera alergia a anestésicos generales, pero pueden aconsejarse cuando se sospecha una histaminoliberación inespecífica.

Tabla 2. Agentes histaminoliberadores utilizados en anestesia.

- RELAJANTES MUSCULARES: Atracurio y mivacurio.
- OPIÁCEOS: Morfina y meperidina.
- GELATINAS Y DEXTRANOS. *Como alternativa:* Almidón modificado o ringer-lactato.
- PROPOFOL + ATRACURIO. *Como alternativa:* Etomidato.

ALERGIA A RELAJANTES NEUROMUSCULARES:

Los relajantes neuromusculares son los anestésicos que con más frecuencia producen reacciones alérgicas intra-operatorias.

Tabla 3. Alternativas ante la alergia (o sospecha de) a relajantes neuromusculares.

- Proponer el uso de otras alternativas anestésicas (anestesia loco-regional).
- Realizar pruebas alérgicas (pruebas cutáneas y test de activación de basófilos con los preparados disponibles) pueden ser de utilidad para identificar posibles alternativas.
- En caso de ser imprescindible su utilización, valorar el riesgo/beneficio conjuntamente con el paciente, el alergólogo y el anestesista, según el resultado de las pruebas.

ALERGIA A ANESTÉSICOS LOCALES:

Los anestésicos locales también pueden causar reacciones adversas, que pueden ser muy graves (convulsiones, alteraciones ritmo cardiaco). Generalmente se deben a efectos secundarios o colaterales y en raras ocasiones, se producen reacciones alérgicas subsidiarias de estudio.

Los pacientes con alergia demostrada a anestésicos locales **NO** presentan mayor riesgo de tener alergia con los anestésicos generales. Los anestésicos locales y generales pertenecen a grupos químicos muy diferentes y actúan por vías y mecanismos distintos.

SERVICIO DE ALERGIA

REFERENCIAS:

- Birnbaum J, Vervloet D. Allergy to muscle relaxants. Clin Rev Allergy 1991; 9:281-93.
- Ewan PW, Dugué P, Mirakian R, Dixon TA, Harper JN, Nasser SM. BSACI guidelines for the investigation of suspected anaphylaxis during general anaesthesia. Clin Exp Allergy 2010;40: 15-31.
- Mertes PM, Laxenaire MC, Linehart A, and the working group for the SFAR. Reducing the risk of anaphylaxis during anaesthesia: guidelines for the clinical practice. J Invest Allergol Clin Immunol 2005;15: 91-101.
- Lobera T, Audicana MT, Pozo MD, Blasco A, Fernández E, Cañada P, et al. Study of hypersensitivity reactions and anaphylaxis during anesthesia in Spain. J Invest Allergol Clin Immunol 2008;18: 350-6.
- Moneret-Vautrin DA, Kanny G, Guéant JL, Widmer S, Laxenaire MC. Prevention by monovalent haptens of IgE-dependent leucocyte histamine release to muscle relaxants. Int Arch Allergy Immunol 1995; 107: 172-5.