

**CASOS CLÍNICOS**

Toxicidad por reabsorción de anestésico local en vía aérea difícil prevista

Lopez J, Castañer C, García J, Gómez A, Miralles F.

Hospital Vega Baja. Orihuela. Valencia.

Resumen

En la actualidad el uso de anestesia regional ecoguiada supone una alternativa válida para el manejo de pacientes que necesitan cirugía traumatológica de miembro superior y que presentan dificultad para el manejo de la vía aérea. A pesar de ser técnicas muy estandarizadas, su uso no está exento de riesgos, por lo que es importante conocer y prever las posibles complicaciones.

Introducción

En la actualidad el uso de anestesia regional ecoguiada supone una alternativa válida para el manejo de pacientes que necesitan cirugía traumatológica de miembro superior y que presentan dificultad para el manejo de la vía aérea. A pesar de ser técnicas muy estandarizadas, su uso no está exento de riesgos, por lo que es importante conocer y prever las posibles complicaciones.

Caso Clínico

Mujer de 58 años de edad, peso 65 Kgr y talla 1,58, ASA2, programada para artroscopia de hombro. No refiere alergias medicamentosas conocidas, y como antecedentes personales presenta diabetes mellitus no insulino dependiente con mal control, dispepsia y síndrome ansioso-depresivo. Sin hábitos tóxicos. Sin intervenciones quirúrgicas previas. El estudio preoperatorio era normal excepto glucemias altas.

En la consulta de preanestesia se observa una apertura oral limitada (menor de 3 cm), ausencia de todas las piezas dentales, Mallampati clase IV y distancia tiromentoniana menor de 6 cm, por lo que se clasifica como vía aérea probablemente difícil conocida, aconsejándose desde la consulta anestésica intubación con fibrobroncoscopio en caso de anestesia general.



En quirófano se realiza control de constantes con PANI, ECG y pulsioximetría. Oxigenoterapia con gafas nasales a 4 L/m. Premedicación estándar con Midazolam 1 mgr, Atropina 0,5 mgr y Fentanilo 50 mcgr.

Se coloca a la paciente en decúbito supino, cabeza girada hacia el lado contrario al del bloqueo, y se realiza bloqueo interescalénico bajo visión directa con ecografía y confirmación de las estructuras nerviosas con neuroestimulación, consiguiendo respuesta distal de tronco posterior (extensión de los dedos) a una intensidad de 0,5 mA. Se realizó infiltración con 30 ml de mezcla de anestésicos locales: Ropivacaína 0,5% + Lidocaína 1% + Adrenalina 1/200.000. No se encuentra resistencia en la infiltración y la aspiración cada 5 ml fue negativa (no reflujo sanguíneo).

Al terminar la infiltración, la paciente comienza con pérdida brusca de conocimiento, midriasis, hipertensión arterial (200/90 mm Hg), taquicardia sinusal (hasta 135 lpm) e hipoventilación. Se procedió a ventilación no invasiva con mascarilla facial manteniendo buenas saturaciones, comenzando la paciente en ese momento con episodio convulsivo que cedió tras la administración de Midazolam 5 mgr. Se decidió entonces inducción para anestesia general con Propofol 150 mgr y Succinilcolina 75 mgr.

Se procede a laringoscopia exploradora antes de la utilización de dispositivos de rescate de vía aérea, observándose Cormack-Lehane de 3 tras maniobra de Burp y se consigue intubación al primer intento.

Se procede a la infusión de 300 ml de Intralipid durante media hora. Se administra Nimbox 4 mgr y se mantiene anestesia general con perfusión de propofol al 1% a 25 ml/h y perfusión de Remifentanilo a 0,05 mcgr/kg/min. Se monitoriza profundidad anestésica mediante BIS (valores entre 40-60).

Tras un periodo de observación, y al mantenerse la paciente estable

hemodinámicamente, normalizándose la frecuencia cardiaca en torno a 80 lpm y una TAM 65 mm Hg, se decide continuar con la intervención quirúrgica.

Se administra analgesia intravenosa con Nalotil 2gr, Ranitidina 50 mgr y Granisetron 1mgr 30 minutos antes de finalizar la cirugía.

La intervención quirúrgica transcurre sin incidencias y, dada la buena evolución y la estabilidad de la paciente, se decide la extubación en quirófano tras 90 minutos de cirugía.

Finalizada la intervención quirúrgica se traslada a la Unidad de Reanimación donde la recuperación postoperatoria fue satisfactoria sin incidencias ni déficits neurológicos.

Discusión

El uso de anestesia locorregional ha aumentado mucho en los últimos años ya que ofrece una buena anestesia operatoria así como analgesia postoperatoria. Es además una buena alternativa en pacientes que presentan una vía aérea difícil conocida o previsible.

No obstante, el uso de técnicas de anestesia locorregional no está exento de efectos secundarios y/o complicaciones. Dentro de las complicaciones que se pueden producir, una de las más graves es la toxicidad sistémica, caracterizada por la afectación fundamental del sistema nervioso central y el cardiovascular, siendo más precoces los síntomas del SNC. La toxicidad sistémica se puede producir por sobredosificación o inyección vascular inadvertida. También puede deberse a absorción lenta del fármaco tras inyección periférica, o punciones repetidas que provoquen lesiones en los tejidos

umentando la absorción del anestésico. Actualmente el uso de la ecografía, y el conocimiento de las dosis tóxicas de los fármacos ha disminuido las dos primeras causas, pero debemos ser cuidadosos con las punciones repetidas o la movilización de la aguja, para evitar las lesiones de los tejidos y, por tanto, la absorción de los anestésicos, sobre todo cuando se realiza la curva de aprendizaje del manejo ecográfico.

En nuestro caso, además se añade el hecho de que la paciente presenta una probable vía aérea difícil, por lo que en el manejo anestésico, a pesar de realizar anestesia locorregional, es importante disponer y preparar los dispositivos para el manejo de intubación difícil. En este caso a pesar de tener preparados los dispositivos para manejo de vía aérea difícil (fibrobroncoscopio, Fastrach) se intentó realizar laringoscopia directa, siendo esta efectiva y pudiendo intubar a la paciente sin incidencias.

Puntos Clave

Ante una vía aérea difícil prevista, aunque el plan de abordaje anestésico inicial sea el uso de anestesia locorregional, es importante disponer y preparar los dispositivos de manejo de vía aérea difícil.

Aunque la anestesia locorregional es una técnica actualmente muy utilizada y estandarizada, su uso no está exento de complicaciones.

En pacientes en los que es necesario valorar la posible existencia de daños neurológicos durante el despertar es útil el uso de fármacos de metabolización rápida como el Remifentanilo.

Es importante que existan en la unidad protocolos para el tratamiento y el manejo de la toxicidad por anestésicos locales.

[Información.](#)

Bibliografía

A. Borgeat, G. Ekatodramis, F. Kalberer, C. Benz. Acute and nonacute complications associated with interscalene block and shoulder surgery. *Anesthesiology* 2001;95(4): 875-880. ([PubMed](#)) ([Pdf](#))

B. García, P. Diéguez, S. López, E. Salamanca, J.M. Cobián. Toxicidad sistémica por anestésicos locales tras bloqueos de nervios periféricos. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2006; 53: 505-508. ([PubMed](#))

JA. Wikinski, C. Bollini. Complicaciones neurológicas de la anestesia regional periférica y central. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. 1.999. ([HTLM](#))

JC. Tornero, M. Gómez, G. Fabregat, L. Aliaga, V. Roqués, B. Escamilla, A. Guerrí. Complicaciones tras técnicas de anestesia regional. *Rev Esp Anesthesiol Reanim* 2008;55: 552-562. ([PubMed](#))

Y. Auroy, D. Benhamou, L. Bergues, C. Ecoffey, B. Falissard, F. Mercier et al. Major complications of regional anesthesia in France. *Anesthesiology* 2002;97(5):1274-80. ([PubMed](#)) ([Pdf](#))

Correspondencia al autor

Jesús López Pérez
jesuslpm@gmail.com
 Servicio de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Vega Baja. Orihuela. Valencia.

[Publicado en AnestesiaR el 11 de junio de 2010](#)