

**CASOS CLÍNICOS**

Hematoma Subdural Espinal: una rara complicación de la Anestesia Regional. A propósito de un caso

García García JM, García García MC.

Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

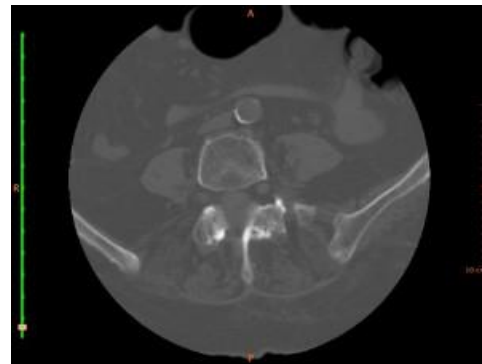
El hematoma espinal es una complicación infrecuente dentro de la anestesia regional central. En la literatura se refiere en la mayor parte de los casos como un evento asociado a diversos trastornos: hematológicos, enfermedades sistémicas o terapia anticoagulante. Independientemente de la patología de base, las consecuencias de esta complicación pueden llegar a ser dramáticas, variando desde dolor lumbar hasta déficit neurológico en diversos grados.

Presentamos el caso de una paciente que sufrió un hematoma subdural espinal postpunción sin factores de riesgo predisponentes.

Introducción

El hematoma espinal es una complicación infrecuente dentro de la anestesia regional central (1). En la literatura se refiere en la mayor parte de los casos como un evento asociado a diversos trastornos: hematológicos, enfermedades sistémicas o terapia anticoagulante. Independientemente de la patología de base, las consecuencias de esta complicación pueden llegar a ser dramáticas, variando desde dolor lumbar hasta déficit neurológico en diversos grados.

Presentamos el caso de una paciente que sufrió un hematoma subdural espinal postpunción sin factores de riesgo predisponentes.

**Presentación del caso clínico**

Paciente de 79 años con antecedentes de HTA en tratamiento con ARA II y amlodipino, anemia perniciosa en tratamiento sustitutivo con vitamina B12 y profilaxis primaria con AAS de 300 mg. que fue suspendida 5 días antes de la intervención. En 2001 fue intervenida de artroplastia de rodilla derecha bajo anestesia intradural con bupivacaina isobara sin incidencias. Respecto a la analítica preoperatoria los parámetros se encontraban dentro de la normalidad. Ingresa por fractura subcapital de cadera izquierda para colocación de prótesis parcial realizándose anestesia subaracnoidea

con punción paramedial derecha única que resultó ser hemática pero que se aclara y se inyectan 10 mg. bupivacaina isobara, sin parestesias acompañantes para colocación de prótesis parcial. No otras incidencias intraoperatorias. Al alta de URPA recuperación motora y sensorial completas.

A las 36 horas tras la cirugía comienza con dolor lumbar localizado en fosa renal derecha. 12 horas después empieza con estreñimiento, siendo valorada por el Servicio de Medicina Interna que le diagnosticó un cuadro de íleo paralítico estableciendo tratamiento con sonda rectal, nasogástrica y sueroterapia. A las pocas horas es de nuevo valorada por referir imposibilidad para mover las piernas, así como disminución de la sensibilidad. Se objetivó una paraparesia sensitiva 0/5 con abolición de reflejos osteotendinosos (*ROT*) y nivel sensitivo en D10. Ante la clínica se pautó bolo de 1500 mg. de metilprednisolona y posterior perfusión pensando en la posibilidad de un hematoma epidural dado el antecedente de anestesia regional.



Se solicitó prueba de imagen descartándose por el Servicio de Radiología la realización de RNM debido a la prótesis colocada, y se optó por realizar TAC de columna dorso lumbar que mostró una imagen hiperdensa, de morfología fusiforme y ligeramente lateralizado desde la derecha en espacio epidural anterior en relación con hematoma agudo, que se

extiende desde D12-L5 con diámetro sagital de 1,3 centímetros con reducción marcada del canal medular con compresión del cono medular y saco tecal ([hallazgos TAC](#)). En todo momento los tiempos de coagulación y otros parámetros de hemostasia fueron normales.



Ante dicho hallazgo se decide por parte de Neurocirugía descomprimir quirúrgicamente el hematoma. En el acto quirúrgico se objetivó que el hematoma era subdural de localización predominantemente anterior que no permitió la extracción por aspiración, así mismo se objetivó duramadre tensa y cianótica así como cono medular edematizado. Se extrajo el contenido sólido del hematoma parcialmente, y se colocó injerto en la zona de incisión de la duramadre por imposibilidad de sutura por la edematización.

Se ingresó en UCI para control postoperatorio, siendo dada de alta sin incidencias reseñables a las 48 horas permaneciendo la paraparesia. Durante su estancia en planta continuó con su cuadro de íleo paralítico. Ante la situación de no mejoría del cuadro se derivó a una unidad especializada de lesionados medulares para rehabilitación intensiva.

Discusión

La anestesia regional espinal se considera una técnica segura, pero no exenta de complicaciones, algunas

potencialmente mortales. El hematoma espinal aunque raro, es un evento adverso de la punción lumbar y es causa de preocupación porque puede llegar a producir un déficit neurológico permanente. Su incidencia no está establecida de manera fiable, en la literatura revisada se recoge como más frecuente el hematoma extradural seguido del subdural y subaracnoideo (2).

En un estudio prospectivo realizado en Francia que evaluaba la incidencia y características de complicaciones serias relacionadas con la anestesia regional, se recogieron durante 5 meses alrededor de 100.000 anestésias regionales, obteniendo como resultado que los traumatismos tras la punción y la neurotoxicidad de los anestésicos eran la causa más frecuente de complicaciones neurológicas. Aun así, este estudio demostraba que la incidencia de complicaciones severas con éste tipo de anestesia era muy baja. Cheney et al analizaron los registros de reclamaciones del asa para determinar el papel del daño nervioso en anestesia regional. De las 4.183 reclamaciones revisadas, 670 (16%) se refieren a lesión nerviosa/neurológica relacionada con la anestesia. La incidencia de complicaciones hemorrágicas es desconocida pero muy rara. Horlocker en una revisión cita que la incidencia en la literatura debe ser menor de 1/150.000 anestésias epidurales y menos de 1/220.000 intradurales (3).

Vandermeulen et al. (3) y Tyagi et al. (4) señalan en sus series de pacientes (en total 81 casos) que la causa más frecuente de sangrado definido como hematoma subdural se debe en gran porcentaje (entre el 68% y el 54%) a alteraciones de la coagulación. Dichas alteraciones de la coagulación eran secundarias a algún proceso hematológico maligno (leucemia, hemofilia, trombocitopenia,

crioglobulinemia, diátesis hemorrágicas, policetemia, etc.). La segunda causa más frecuente de hematoma es iatrogénica que corresponde al menos al 33%; que se debía a las dificultades encontradas en la punción dural o en el retorno del LCR.

La anestesia epidural especialmente con cateterización es más traumática que el BSA y por tanto más proclive a la formación del hematoma. En nuestro medio existe una revisión de 2002 que registra un total de 16 casos de sangrado tras anestesia regional, con 5 casos de hematoma subdural. El tipo de anestesia regional también condiciona la incidencia de complicaciones neurológicas. Así, el 70% de los pacientes en las series de Vandermeulen y Tyagi se asocian a anestesia epidural, y un 23% a anestesia intradural. En la de Castillo con 18 pacientes existen 8 casos (40%) de anestesia epidural, 9 (45%) de anestesia intradural y 1 de combinada espinal-epidural. La clínica neurológica suele comenzar en las primeras 24-48 horas con dolor lumbar seguido de déficit motor en las extremidades inferiores y alteraciones de la sensibilidad.

En nuestro caso la prueba de imagen (TAC dorso-lumbar) apuntaba a la localización epidural del hematoma. Domenicucci et al en su revisión refieren que la prueba de imagen de elección es la RMN para el diagnóstico temprano e identificar la localización exacta del hematoma que será confirmada mediante la exploración quirúrgica.

Como factores sobreañadidos para la producción de hematoma espinal, tenemos las hbpm, introducidas para la tromboprolifaxis que no aumentan el riesgo si se respetan los intervalos de seguridad desde que se pauta la medicación hasta la realización de la técnica. Los pacientes que reciben

anticoagulación oral deben suspenderlo 3-5 días antes de la técnica y realizar control analítico para comprobar INR el mismo día de la intervención. Por otro lado, los antiagregantes plaquetarios, como las dienopiridinas deben suspenderse al menos 7-10 días antes (5).

La recomendación habitual ante un hematoma compresivo es la realización de una laminectomía descompresiva urgente, la descompresión quirúrgica posterior a las 8 horas después de comenzados los síntomas está asociado con peor pronóstico, además se añade al tratamiento diferentes pautas de corticoides. Aunque la intervención está indicada en casos graves y progresivos, posiblemente los casos menos graves y de evolución lenta y remitente, permiten una actitud expectante bajo riguroso control clínico y radiológico. Castillo et al señalan que los casos de hematoma con compresión medular secundario a anestesia neuroaxiales detectados en España son numéricamente importantes en muchos casos tras anestesia subaracnoidea, con frecuencia asociado a factores de riesgo conocidos y evitables.

Bibliografía

1.- Castillo J, Escolano F, Gallart L, Montes A, Samsó E, Castaño J, Santiveri X. La seguridad derivada de una correcta evaluación y

preparación preoperatorias. Rev Esp Anesthesiol Reanim 2009; 56(1): 16-20. (PubMed)

2.- Domenicucci M, Ramieri A, Paolini S, Russo N, Occhiogrosso G, Di Biasi C, Delfini R. Spinal subarachnoid hematomas: our experience and literatura review. Acta Neurochirurgica vol.147 issue 7 July 2005. P.741-50. (PubMed)

3.- Vandermeulen E, Van Aken H, Vermeylen J. Anticoagulants and spinal epidural anesthesia. Anesth Analg 1994; 79(6):1165-77. (PubMed)

4.- Tyagi A, Bhattacharya A. Central neuraxial blocks and anticoagulation: a review of current trends. Eur J Anaesth 2002; 19: 317-29. (PubMed)

5.- Horlocker TT, McGregor DG, Matsushige DK, Schroeder DR, Besse JA. A retrospective review of 4767 consecutive spinal anesthetics: central nervous system complications. Perioperative Outcomes Group. Anesth Analg. 1997 Mar; 84(3):578-84. (PubMed)

Correspondencia al autor

José Manuel García García

autor@anestesiario.org

FEA Anestesiología y Reanimación.

Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez.

Huelva.

[Publicado por AnestesiaR el 4 agosto 2014](#)