



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reporte de caso

Síndrome de Horner tras analgesia epidural para el parto. Informe de 3 casos



Eduardo Rodríguez-Sánchez^{a,*}, Juan Manuel Vadillo^b, Pablo Herrera-Calo^b
y Maria Luisa Marengo de la Fuente^b

^a Médico Interno Residente de Anestesiología y Reanimación, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

^b Facultativo Especialista en Anestesiología y Reanimación, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de agosto de 2015

Aceptado el 28 de enero de 2016

On-line el 17 de marzo de 2016

Palabras clave:

Anestesia epidural
Síndrome de Horner
Cesárea
Anestesia obstétrica
Parto

R E S U M E N

La analgesia epidural supone la técnica de elección para el alivio del dolor del parto. Se han descrito múltiples efectos adversos a nivel neurológico, y uno de ellos es el llamado síndrome de Horner (ptosis, miosis, anhidrosis), suele presentar evolución benigna y no requiere manejo específico, salvo vigilancia clínica por la más que probable difusión cefálica del anestésico local. La mayor parte de los casos existentes en la literatura son aislados. En nuestro trabajo presentamos una serie de 3 casos clínicos y repasamos su etiopatogenia y manejo en la paciente obstétrica.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Horner syndrome after epidural analgesia for labor. Three case reports

A B S T R A C T

Epidural analgesia involves the technique of choice for pain relief of labor. Adverse neurological effects have been reported, one of which is called Horner syndrome, its evolution is usually benign, it does not require specific management, except clinical monitoring for the probable spread of local anesthetic cephalic. Most of the existing literature cases are isolated, in our paper we present a series of 3 clinical cases and reviewed its pathogenesis and management in the obstetric patient.

© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Epidural anesthesia
Horner syndrome
Cesarean section
Obstetrical anesthesia
Obstetric delivery

* Autor para correspondencia. C/ Perséfone, n.º 7, bloque 3, 7.º-1, 41012 Sevilla, España.

Correo electrónico: edurodriguez87@yahoo.es (E. Rodríguez-Sánchez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rca.2016.01.004>

0120-3347/© 2016 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El síndrome de Horner fue descrito en 1879 por el oftalmólogo suizo Johann Friedrich Horner y está caracterizado por la presencia de miosis, ptosis y anhidrosis con o sin enoftalmos¹. Su causa primaria es la interrupción ipsilateral de las fibras simpáticas que inervan la pupila, el músculo elevador del párpado superior y la región facial².

Cualquier obstáculo que afecte a esta red neuronal desde su origen hasta la última sinapsis puede dar lugar a este cuadro. Las causas adquiridas son las más frecuentes, como la iatrogénica debida a anestesia neuroaxial, que en determinadas poblaciones, como en la obstétrica, aumenta considerablemente su incidencia debido a los cambios anatómicos y fisiológicos que se producen. La analgesia epidural se considera la técnica analgésica de elección para el trabajo de parto³. El síndrome de Horner asociado a analgesia epidural para el parto fue descrito por Kepes en 1972. Se estima una incidencia entre el 0,4 y el 4%⁴⁻⁷.

En nuestro trabajo presentamos una serie de 3 casos clínicos de síndrome de Horner en pacientes gestantes que recibieron analgesia epidural para el parto. Revisamos también la fisiopatología, las implicaciones y su manejo.

Caso clínico

La técnica empleada en los 3 casos se describe a continuación. Empleamos aguja Touhy 18 Gauge. El espacio elegido fue L3-L4, a través de abordaje intervertebral. Una vez localizado el espacio epidural mediante pérdida de resistencia con suero salino, se ubicó un catéter epidural multiperforado 4 cm en el interior del mismo. La técnica transcurrió en todos los casos sin incidencias. Tras la administración de un bolo de ropivacaína 0,16% con 1 µg/ml de fentanilo se inició la perfusión de anestésico a igual concentración. Como dosis test utilizamos 4 ml de bupivacaína al 0,25% con epinefrina 1/200.000.

Caso 1

Paciente de 27 años de edad primigesta de 38 semanas en parto espontáneo, 172 cm de altura y 75 kg de peso, sin antecedentes médicos de interés; destaca como rasgo significativo una llamativa hiperlordosis lumbar. El catéter epidural se colocó a los 4 cm de dilatación, tras lo cual se le administraron 11 ml de ropivacaína con fentanilo a la concentración referida con anterioridad, iniciándose una perfusión continua a 10 ml h⁻¹ de la misma solución anestésica. No recibió ningún bolo suplementario. Durante la fase de dilatación y tras 95 min de haber iniciado la perfusión, la paciente refiere sintomatología compatible con parálisis braquial; tras la exploración neurológica se aprecia un déficit motor (nivel 3 según la escala *Medical Research Council*) que abarca todo el miembro superior, así como molestias inespecíficas a nivel ocular ipsilateral evidenciándose ptosis, miosis, enoftalmos y anhidrosis, compatible con síndrome de Horner. El nivel de bloqueo sensitivo alcanzó T2. Tras detener la perfusión, la clínica motora y ocular revirtieron pasados 115 min.

Caso 2

Paciente de 28 años de edad primigesta de 37 semanas, parto espontáneo, 160 cm de altura y 55 kg de peso, sin antecedentes personales de interés. Se administraron como bolo inicial 8 ml de ropivacaína y fentanilo, seguido de perfusión continua a 8 ml h⁻¹. La paciente recibió 2 bolos suplementarios: el primero a los 30 min de iniciarse la perfusión y el segundo pasados 45 min del bolo anterior. Durante la fase de dilatación y tras 80 min del último bolo, la paciente describe clínica de ptosis, miosis y enoftalmos, sin anhidrosis manifiesta. No presentó déficit motor, y el déficit sensitivo ascendió hasta T3. La clínica desapareció a los 130 min de detener la perfusión.

Caso 3

Primigesta de 32 años de edad, parto inducido con 41 semanas de gestación, 155 cm de altura y 60 kg de peso. Hipertensión arterial crónica como antecedente de interés. Se le administró un bolo inicial de 9 ml de ropivacaína y fentanilo, que se continuó con la perfusión continua a 8 ml h⁻¹. Pasados 45 min, y por riesgo de pérdida de bienestar fetal, se decide cesárea urgente, para lo cual se administran 9 ml de lidocaína 2%. Tras el comienzo de la cesárea, se aprecia clínica que sugiere síndrome de Horner (fig. 1); apenas habían pasado 15 min del bolo anestésico de lidocaína. No refirió clínica motora. El nivel sensitivo alcanzó la metámera T2. Tras 95 min de observación, la clínica desapareció sin medidas adicionales.

Tras el diagnóstico clínico mediante la evidencia de ptosis, miosis, enoftalmos y anhidrosis se inició una exploración neurológica (nivel sensitivo y función motora) y cardiorrespiratoria (monitorización continua de saturación arterial de oxígeno mediante pulsioximetría, electrocardiografía y presión arterial no invasiva).

Se detuvo la perfusión de anestésico local en todos los casos. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones cardiorrespiratorias, manteniendo frecuencia cardiaca en torno a 70 latidos por minuto, presión arterial media por encima de 65 mm/hg y saturación arterial de oxígeno superior al 95% sin necesidad de oxígeno suplementario. La clínica revirtió en un tiempo variable tras detener la perfusión.

No se produjo repercusión neonatal en todos los casos expuestos.

En la tabla 1 se resumen las características clínicas de las pacientes.

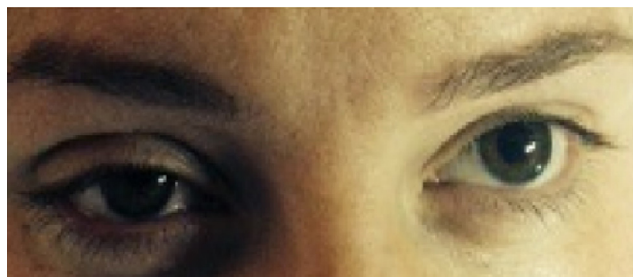


Figura 1 – Síndrome de Horner en una de nuestras pacientes.

Fuente: autores.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2767678>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2767678>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)