

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Lesión nerviosa periférica secundaria a anestesia regional subaracnoidea en paciente ginecobstétrica

Reporte de un caso

José Ricardo Navarro Vargas.*, Jorge A. Luquetta Berrio**, Etelberto Tejada López**

RESUMEN

La incidencia de neuropatía después de anestesia regional (subaracnoidea y epidural) es una complicación neurológica infrecuente. Su manejo inadecuado contribuye al desarrollo de secuelas neurológicas permanentes.

Posterior a anestesia neuroaxial para cesárea, una paciente presentó neuropatía de su miembro inferior izquierdo luego de varias punciones con aguja Quincke® N° 27. La paciente procede de un área rural de Ubaté – Cundinamarca, y no cumplió las recomendaciones para el manejo de su neuropatía prolongada quizás debido a sus condiciones socioculturales.

Los autores hacen una revisión de la literatura sobre lesiones neurológicas después de anestesia regional.

Palabras claves: anestesia subaracnoidea, complicaciones neurológicas, nervio isquiático, neuropatía de miembro inferior, lesión de nervio periférico.

SUMMARY

The incidence of neuropathy following regional anesthesia (subarachnoid and epidural anesthesia) is a very infrequent neurological complication. Its inadequate management contributes to the development of permanent neurological sequelae.

A patient after neuraxial anesthesia for cesarean delivery presented left lower extremity neuropathy associated with several punctions of Quincke® needle number 27. The patient lives in a rural area of Ubaté-Cundinamarca, and she didn't follow the recommendations for the management of her prolonged neuropathy, maybe because of her social and culturales conditions.

The authors made a review of the literature on neurological injuries after regional anesthesia

Key words: Subarachnoid anesthesia, Neurological complications, Ciatic nerve, Lower extremity neuropathy, Peripheral nerve injury

CASO CLÍNICO

Es el caso de una paciente de sexo femenino de 28 años de edad y 67 kilos de peso, procedente de zona rural de la Sabana de Bogotá, con embarazo de 34 semanas, quien ingresa al Instituto Materno

Infantil- Hospital La Victoria ESE, y es programada para realización de cesárea por estado fetal insatisfactorio (oligoamnios), además del antecedente de cesárea previa.

Paciente sin antecedentes médicos de importancia ni comorbilidad que haya producido com-

* Profesor asociado Anestesiología y reanimación. Universidad Nacional de Colombia. jrnavarro@unal.edu.co

** Estudiante de postgrado Anestesiología y reanimación. Universidad Nacional de Colombia.

Recibido para publicación enero 26 de 2009. Aceptado para publicación abril 14 de 2009.

plicaciones durante el transcurrir de su embarazo, historia obstétrica de 2 gestaciones; el anterior embarazo terminó por medio de cesárea debido a embarazo prolongado. La cesárea se llevó a cabo mediante la técnica de anestesia regional neuroaxial subaracnoidea sin complicación alguna.

Al examen físico ingresó con leve actividad uterina, hemodinámicamente estable, hidratada, sin evidencia clínica de patología materna. Altura uterina de 31 centímetros, feto único vivo con situación longitudinal y presentación cefálica, ecografía obstétrica que demostró embarazo de 34 semanas con placenta grado III fundocorporal más Índice de Líquido Amniótico (ILA) de 2.1 cc.

Se realizó la Historia Clínica exigida para el procedimiento anestésico, incluyendo la obtención de consentimiento informado; en los paraclínicos prequirúrgicos se apreciaron los siguientes datos: Hb de 13.3, HTO de 39%, Leucocitos de 10.000, N: 71%, L:29; signos vitales dentro de parámetros normales; Mallampati de 4 con buena movilidad de cuello y dentadura en buen estado. Acceso venoso periférico con catéter 18G, monitoreo operatorio de presión arterial no invasiva continua, pulsoximetría, cardioscopio. Se consideró ASA II, y se procedió a realizar la punción espinal en posición decúbito lateral izquierdo, asepsia y antisepsia de región lumbar, colocación de campo quirúrgico estéril; se realizó punción lumbar L3-L4 con aguja de Quincke® número 27, descrita en record anestésico como dificultosa.

Al no lograr acceso fácil al espacio subaracnoideo, se realizaron varias punciones no exitosas, posteriormente la paciente describió de forma evidente la sensación de parestesia y dolor súbito en el miembro inferior izquierdo, más específicamente en la cara posterior de la pierna izquierda; desafortunadamente no se encontró consignada esta queja en el record anestésico ni la correspondiente acción por parte del anestesiólogo, en especial sobre la forma de aplicación del agente anestésico, sobre si hubo retiro o cambio de la dirección del bisel de la aguja, o si se realizó nueva punción. Se aplicaron 10 miligramos de Bupivacaína hiperbárica más 25 microgramos de Fentanyl. La paciente presentó nivel sensitivo adecuado para la realización de la cesárea (T4). No hubo complicaciones quirúrgicas, y la posición de la paciente durante la cirugía fue decúbito supino con desviación uterina de 20 grados a la izquierda; el procedimiento tuvo una duración de 35 minutos. La recuperación anestésica ocurrió dentro de parámetros normales; la paciente al respecto no refirió ningún tipo de alteración somato sensitiva en la recuperación inmediata y fue trasladada a la habitación.

Aproximadamente 4 horas después se recibió solicitud de interconsulta por parte del servicio de Ginecoobstetricia, con el hallazgo en La Revista Quirúrgica de que la paciente presentaba incapacidad para apoyo del pie izquierdo además de dolor en la pierna que le impedía la movilización sin ayuda. se respondió la interconsulta, la cual reportó una severa limitación para la marcha, por incapacidad para la plantiflexión del pie izquierdo, esto asociado a alodinia intensa de borde interno, parte de talón y cara posterior en su tercio distal de pierna izquierda, con dolor referido en la misma región anatómica, de intensidad 5/10 según escala numérica.

Con base en la anamnesis obtenida y los hallazgos en el examen físico, se concluyó la alta probabilidad de neuropatía (nervio isquiático), debido a punción de raíz nerviosa, con el hecho evidente del déficit neurológico unilateral y el antecedente de parestesia en el territorio anatómico y neurológico afectado en el momento de la punción lumbar, por lo que se interconsultó al Servicio de Fisiatría para efectuar el diagnóstico clínico y paraclínico específico.

La evolución del día siguiente demostró empeoramiento de la alteración neurológica periférica, especialmente en cuanto al dolor, el cual era incapacitante para la movilización de la pierna e incluso para la utilización de calzado, se evidenció aumento de la zona de alodinia, que involucraba la totalidad del dorso, borde externo y el talón del pie izquierdo, persistía con la incapacidad para la plantiflexión y extensión de los dedos y limitación para la dorsiflexión, esta última notoriamente comprometida por el dolor más que por un verdadero compromiso neurológico motor. También se encontró un aumento de la zona de alodinia en la cara posterior de la pierna izquierda, ascendiendo de forma discreta.

Con base en la progresión del compromiso neurológico, se ordenó por parte del Servicio de Anestesiología, la realización de una Resonancia Nuclear Magnética (RMN) de columna lumbosacra y se insistió en la valoración por parte del servicio de Fisiatría, además de inicio de terapia farmacológica con Carbamazepina 200 mg cada 12 horas y de Tramadol 50 mg cada 8 horas vía oral para manejo del dolor.

La evaluación al día 3° aportó los siguientes hallazgos: persistencia de la zona de alodinia en pie izquierdo, que en ese día comprometía su totalidad, además de aumento en la cara posterior de la pierna en toda su extensión hasta la zona lateral especialmente en el maléolo peronéo. El compromiso de la plantiflexión y extensión de los dedos,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768113>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768113>

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