

# Discordancia clínico-radiológica y resolución espontánea de un hematoma postcateterización epidural

A. M. Gimeno<sup>a</sup>, M. Murcia<sup>a</sup>, E. Calabuig<sup>b</sup>, C. L. Errando<sup>b</sup>, L. Salvador<sup>c</sup>, J. A. De Andrés<sup>d</sup>

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

## Resumen

Las técnicas neuroaxiales se consideran seguras si se respetan ciertas recomendaciones, pero no están exentas de riesgos.

Presentamos el caso de una mujer de 81 años intervenida de neoplasia vesical infiltrante, mediante cistectomía radical tipo Bricker. Se empleó anestesia general y analgesia epidural intra y postoperatoria. En el postoperatorio tardío se diagnosticó un hematoma epidural extenso con signos de radiológicos de compresión medular, en ausencia de síntomas neurológicos compresivos. Tan sólo manifestó una dorsalgia leve tras la extubación, que progresó durante el postoperatorio. Se desestimó la cirugía descompresiva urgente. La clínica remitió progresivamente. La RM a los 45 días del alta mostró el hematoma en resolución.

En la anestesia epidural, además del seguimiento de las recomendaciones de seguridad respecto a los fármacos que alteran la hemostasia, hay que considerar circunstancias que alteren su cinética y la adición progresiva de factores de riesgo. La dorsolumbalgia puede ser un signo de alerta. Algunos casos pueden resolverse de manera espontánea.

### Palabras clave:

Anestesia epidural. Complicaciones. Hematoma epidural.

Discrepancy between clinical and radiologic manifestations of an epidural hematoma after catheterization

## Summary

Neuraxial techniques are considered safe if certain guidelines are followed, but they are not risk free. We report the case of an 81-year-old woman with an invasive bladder tumor who underwent radical cystectomy with a Bricker-type procedure. General anesthesia was used and epidural analgesia was also provided for surgical and postoperative pain management. Late in the postoperative recovery period a large epidural hematoma was diagnosed based on radiologic signs of spinal cord compression, in the absence of symptoms other than mild and progressive back pain that developed after extubation. The surgeon decided against emergency surgery to reduce compression. Symptoms resolved gradually, and a magnetic resonance image 45 days after discharge confirmed that the hematoma was smaller. In addition to the usual safety recommendations for epidural anesthesia with regard to drugs that alter hemostasis, it is important to bear in mind circumstances that have pharmacokinetic repercussions and that increase risk. Lower back pain can be a warning sign. Some cases may resolve spontaneously.

### Key words:

Anesthesia, epidural. Complications. Epidural hematoma.

## Introducción

La anestesia epidural combinada con anestesia general reduce las necesidades de ésta, así como la respuesta al estrés quirúrgico, aportando beneficios

respiratorios, cardiovasculares, inmunológicos y homeostáticos, sobre todo en pacientes de alto riesgo<sup>1</sup>.

La analgesia epidural postoperatoria reduce significativamente el tiempo hasta la extubación y la necesidad de ventilación mecánica tras intervenciones abdominales o torácicas mayores en pacientes de riesgo<sup>2</sup>. Aunque se consideran técnicas seguras si se respetan las recomendaciones<sup>3</sup>, no están exentas de riesgos, pudiendo provocar complicaciones neurológicas, infrecuentes, pero potencialmente graves.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolló un hematoma epidural tras el empleo de anestesia y

<sup>a</sup>Médico Residente. <sup>b</sup>Jefe de Sección. <sup>c</sup>Médico Adjunto. <sup>d</sup>Jefe de Servicio.

### Correspondencia:

Ana M. Gimeno Moro

C/ Alfred Nobel, 40, 4-13. 12540 Vila-Real. Castellón

E-mail: anagimeno@comv.es

Aceptado para su publicación en septiembre de 2007.

analgesia postoperatoria a través de un catéter epidural, y que evolucionó favorablemente tras una presentación clínica atípica.

### Caso clínico

Mujer de 81 años que ingresó para serle realizada una cistectomía radical, con histerectomía, doble anexectomía y derivación tipo Bricker, debido a una neoplasia vesical infiltrante.

Como antecedentes refería hipertensión arterial y osteoporosis, tratadas con captopril y ácido alendrónico, respectivamente, e insuficiencia renal leve. Intervenido de dos cesáreas y tres resecciones transuretrales (RTU) debido a tumores vesicales superficiales recidivantes que provocaban hematuria anemizante, por lo que fue politransfundida. Todas las RTU se realizaron con anestesia subaracnoidea, con punción difícil referenciada en las hojas de anestesia. La exploración física y estudio preoperatorio (electrocardiograma [ECG], analítica y radiografía de tórax) fueron normales. No había recibido tratamiento con heparinas de bajo peso molecular (HBPM).

Se monitorizó la saturación periférica de oxígeno ( $\text{SaO}_2$ ), presión arterial invasiva, frecuencia cardíaca, presión venosa central, temperatura axilar y diuresis. La intervención se llevó a cabo mediante anestesia general combinada con epidural. Con la paciente en sedestación y tras infiltración cutánea con 1 mL de lidocaína 2%, se localizó el espacio epidural entre T11-T12 por vía media, con aguja Tuohy 18G y mediante técnica de pérdida de resistencia con aire. Se precisaron tres intentos de punción, sin observar reflujo hemático por la aguja ni por el sitio de punción. El espacio epidural se encontró a 8 cm, introduciéndose el catéter 4 cm. Se administró una dosis test de 3 mL de lidocaína 2% con 50  $\mu\text{g}$  de fentanilo, sin aparecer bloqueo motor en 5 min.

Se indujo la anestesia general con propofol, remifentanilo y vecuronio. Se mantuvo con sevoflurano, vecuronio en perfusión continua, remifentanilo y la analgesia epidural con ropivacaína 0,2% (12 mL en inyección fraccionada y perfusión a 5 mL  $\text{h}^{-1}$ ).

La hemorragia intraoperatoria estimada fue de 1.100 mL, precisando transfusión de 3 unidades de concentrado de hemátis (CH). No presentó episodios de hipotensión arterial ni desaturación. Al finalizar la intervención fue trasladada a la unidad de reanimación siendo extubada a las pocas horas sin complicaciones. Inmediatamente tras la extubación refirió una leve dorsalgia, sin clínica neurológica, que no varió en intensidad durante los días siguientes, y que se atribuyó al encamamiento y la posición quirúrgica.

Se iniciaron medidas de tromboprofilaxis con enoxaparina subcutánea 40 mg/24 h respetando las recomendaciones de seguridad. Las mayores alteraciones de la hemostasia se encontraron al segundo día del postoperatorio con TP (Tiempo de Protrombina) 15,4 seg; I. Quick 65%; INR (International Normalized Ratio) 1,3; TTPA (Tiempo de Tromboplastina Parcial Activada) 28,8 seg y 217.000 plaquetas  $\mu\text{L}^{-1}$ . Se reagudizó la insuficiencia renal (creatinina 1,82 mg  $\text{dL}^{-1}$ ) y precisó transfusión de 2CH.

Se mantuvo la analgesia postoperatoria con una perfusión epidural de ropivacaína 0,2% con fentanilo 2  $\mu\text{g mL}^{-1}$  a 5 mL  $\text{h}^{-1}$ , y paracetamol iv.

Al quinto día se dio de alta a sala de hospitalización tras haber retirado el catéter epidural 13 h después de la última dosis de HBPM.

Se transfundieron 4 CH adicionales. Los controles analíticos se normalizaron. Se mantuvo el tratamiento con HBPM y se empleó analgesia iv con metamizol y paracetamol.

A las 10 h de la retirada del catéter, la paciente refirió un aumento moderado de la dorsalgia, sin síntomas neurológicos compresivos. El urólogo sustituyó el metamizol por ketorolaco iv 30 mg/12 h, manteniéndolo durante 11 días. Debido a la intensificación de la dorsalgia solicitó una RM de la columna vertebral, pasados 11 días de la retirada del catéter y se diagnosticó un hematoma epidural dorsal agudo, con extensión T4-T10, que comprimía la médula entre T8-T10 (Figura 1, A y B) y signos espondiloartrósicos generalizados y severos.

El neurocirujano desestimó actitud quirúrgica (debido a que el proceso era subagudo y neurológicamente asintomático) y corticoterapia. La paciente fue dada de alta a los 25 días de su ingreso, presentando únicamente una leve dorsalgia. A las dos semanas fue citada para control, encontrándose



Fig. 1A. Imagen de RM: proyección sagital de la columna vertebral dorsolumbar. Imagen potenciada en T1. Se observa hematoma epidural dorsal (flechas), que se extiende desde T4 hasta T10, provocando una compresión medular entre T8-T10.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2769660>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2769660>

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