

Diagnóstico por imágenes: Caso 2-2004

Dolor Lumbar y Alteraciones Neurológicas en las Extremidades Inferiores después de la Extracción del Catéter Peridural.

Dr. Elio Cordero-Escobar*

Dr. Carlos Villarreal- Rubio**

Dra. Juana Herrera-Méndez

Dr. Carlos Segovia-García***

Dirección del primer autor:

Departamento de Anestesiología. Hospital General de Tijuana. ISESALUD. Ave. Padre Kino s/n, Zona Urbana Río Tijuana. Tijuana B.C., México. CP 22,330

email:acordero@hotmail.com

* Anestesiólogo

Departamento de Anestesiología

Hospital General de Tijuana, ISESALUD

** Residente de Anestesiología

Departamento de Anestesiología

Hospital General de Tijuana, ISESALUD

***Radiólogo

Imagen Radiológica Integral

Tijuana BC, México

Descripción del Caso

Masculino de 47 años de edad, 83 kg, talla 173 cm, ASA II, programado para safenectomía bilateral, por insuficiencia venosa. La historia previa no fue significativa, excepto historia de tabaquismo inveterado y datos de insuficiencia venosa de ambas extremidades durante 10 años. La exploración física mostró la presión arterial de 115/70 mm Hg, frecuencia cardiaca 68 por minuto, frecuencia respiratoria de 22 por minuto. Los datos más importantes fueron dilataciones varicosas en diferentes venas de ambas extremidades inferiores, con edema distal leve. La radiografía del tórax y los exámenes del laboratorio fueron normales. Una hora antes del bloqueo se le medicó con 2 mg de lorazepam sublingual. Con el paciente debidamente monitorizado, en decúbito lateral derecho, las rodillas y cuello flexionados, antisepsia de la región lumbar con solución yodada de povidona al 10%, y anestesia local con lidocaína al 1%, se insertó una aguja de Tohuy 18, en la línea media del interespacio L2-L3, se localizó el espacio extradural con técnica de la gota de Gutiérrez, y se inyectaron 3 mL de lidocaína al 1% con 20 µg de epinefrina como dosis epidural de prueba. Una vez confirmada la dosis de prueba negativa, se giró la aguja de Tohuy 45 grados, para orientar el bisel cefálico y se insertó un catéter epidural # 20, con punta cerrada y tres orificios distales (Perifix® Braun Mensulgen AG,

Germany) unos 4 cm en el espacio extradural. Se inyectó bupivacaína 0.5% 12 mL en forma fraccionada y se obtuvo un bloqueo sensitivo hasta T9, con bloqueo motor de 3 de la escala de Bromage. Durante el bloqueo peridural no hubo dificultades técnicas ni sangrado. La cirugía duró 70 min, sin contratiempos. El paciente fue transferido a recuperación donde se le instaló una bomba elastomérica para infundir bupivacaína 0.65%, adicionada de fentanil para analgesia postoperatoria. El cirujano indicó 40 mg de enoxaparina subcutánea cada 12 h, como profilaxis de enfermedad trombotica y tromboembolia pulmonar. La primera dosis se inyectó 6 h después de terminada la cirugía. Durante el primer día postquirúrgico el enfermo no requirió de analgesia de rescate, y no hubo bloqueo motor. Al segundo día postoperatorio, el catéter peridural fue removido accidentalmente por la enfermera de guardia, situación que no fue notificada al departamento de anestesiología. La remoción no intencionada del catéter sucedió 3 h después de una dosis subcutánea de 40 mg de enoxaparina. Veinte minutos después el enfermo manifestó dolor lumbar intenso, que requirió de 30 mg de morfina endovenosa. Una hora después el enfermo refirió incapacidad para movilizar ambas extremidades inferiores. La exploración física en ese momento mostró dolor a la presión de las apófisis espinosas desde L2 a L4, con dolor paravertebral lumbar a la misma altura. Ausencia del reflejo rotuliano, paresia de la extremidad pélvica izquierda y parálisis

de la derecha. Se hizo una resonancia nuclear magnética de la columna lumbar (figura 1). Se estableció el diagnóstico oportunamente y el enfermo fue intervenido de urgencia cuatro horas después del inicio de su sintomatología, lo cual favoreció su recuperación ad integrum.



Figura 1. Resonancia nuclear magnética de la columna lumbar (vista sagital T1)

En este enfermo sucedieron algunas situaciones que indujeron el cuadro clínico descrito.

¿Cuál es su diagnóstico principal?

¿Qué motivó que este enfermo evolucionara con las alteraciones neurológicas descritas?

¿Conoce Usted la forma correcta de retirar un catéter peridural en las circunstancias descritas para este enfermo?

¿Conoce Usted los fármacos que favorecen este tipo de evolución desfavorable?

¿Cuántas horas después de iniciado el cuadro neurológico deben de ser intervenidos estos casos?

Las siguientes referencias le ayudaran a resolver satisfactoriamente estas preguntas. Las respuestas correctas y una revisión del tema serán publicadas en el siguiente número de Anestesia en México.

Referencias

1. Horlocker TT, Wedel DJ. *Anesth Analg* 1998;86:1153-1156.
2. Millar FA, Mackenzie A, Hutchison G, Bannister J. *Reg Anesth* 1996;21:529-533.
3. Horlocker T. En: PAC Anestesia-2. Libro 9. Anestesia regional y dolor postoperatorio. Editores Whizar LV, Jaramillo MJJ.
4. Parte II. Ed. Científica Médica Latinoamericana e Intersistemas, SA de CV. México D.F. 2001;37-46.
5. Wu CL. *J Clin Anesth* 2001;13:49-58.
6. Liu SS, Mulroy MF. *Reg Anesth Pain Med* 1998;23 (Suppl 21):157-163.
7. Horlocker TT. *Thromb Res* 2001;101:141-154.
8. Tyagi A, Bhattacharya A. *Eur J Anaesthesiol.* 2002;19:317-29.
9. Horlocker TT. *Anesthesiol Clin North Am* 2000;18:461-485.
10. Rao TL, El-Etr AA. *Anesthesiology* 1981;55:618-620.