

H.R. Martínez^{a,c,*}, C.E. Escamilla-Ocañas^a
y M. Hernández-Torre^b

^a Instituto de Neurología y Neurocirugía, Hospital Zambrano-Hellion, Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, México

^b Instituto de Medicina Interna, Hospital Zambrano-Hellion, Tecnológico de Monterrey, San Pedro Garza García, México

^c Servicio de Neurología, Hospital Universitario UANL, Monterrey, México

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos:

dr.lectormartinez@medicos.tecsalud.mx,
drlectormtz@yahoo.com (H.R. Martínez).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.05.002>
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hematoma subdural intracraneal y espinal secundario a anestesia neuroaxial



Subdural intracranial and spinal haematoma secondary to neuraxial anaesthesia

Sr. Editor:

La incidencia real de las complicaciones con anestesia neuroaxial (AN) es desconocida, siendo la cefalea pospunción dural la más frecuente^{1,2}. Se estima que la incidencia del hematoma subdural intracraneal (HSDC) de 1:500.000 a 1.000.000 punciones lumbares³ y de 1/190.000 para el hematoma espinal con anestesia epidural y 1/320.000 con anestesia espinal¹. Ambas complicaciones han sido asociadas con morbilidad importantes³⁻⁶ por lo que

todos los esfuerzos deben estar enfocados en un diagnóstico y tratamiento precoz.

Caso clínico

Presentamos a un paciente de 56 años, sin antecedentes relevantes, que tras 24 h posteriores a una intervención quirúrgica prostática bajo anestesia intradural traumática inicia con cefalea occipito-nucal intensa, desencadenada por el paso a ortostatismo, sin focalidad neurológica en la exploración. Se realiza el diagnóstico de hipotensión de líquido cefalorraquídeo (HLCR) y se inició tratamiento con corticoides por vía intravenosa y analgésicos antiinflamatorios no esteroideos. Un mes después del inicio de dicha sintomatología consulta a nuestro servicio por persistencia de la cefalea, que desde hace 15 días era constante, pulsátil, de menor intensidad pero que ahora se presentaba también en el decúbito supino y que aumentaba con Valsalva; además, inició cervicalgia intensa. Se decide realizar una RM craneal, que muestra una colección extraaxial frontoparietal izquierda de 1 cm máximo de espesor, hiperintensa en

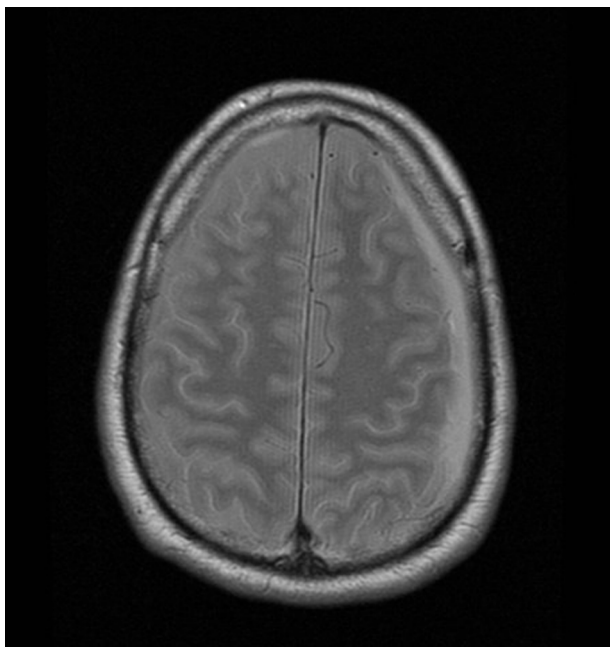


Figura 1 RM de cráneo axial DP: se observa una colección extraaxial frontoparietal izquierda de 1 cm máximo de espesor, hiperintensa.

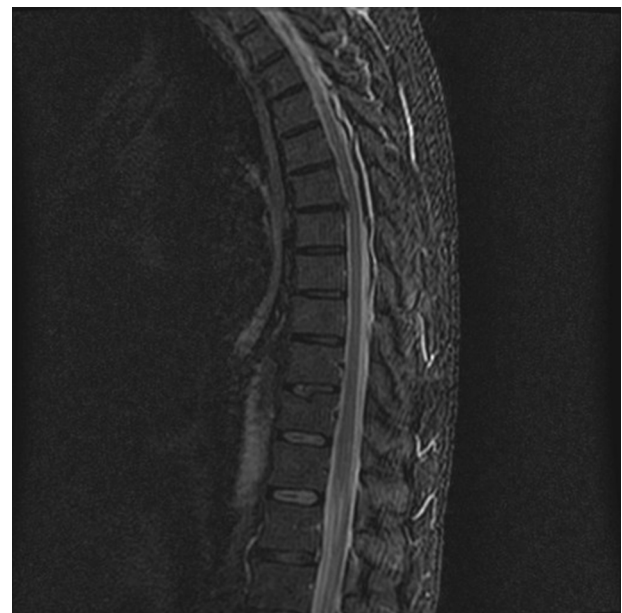


Figura 2 En la RM cervicotorácica sagital STIR presenta ocupación de espacio posterior desde C7 hasta T10-T11, de intensidad heterogénea.

secuencias densidad protónica (DP) (fig. 1) e isointensa en T2. En la RM cervicotorácica presenta ocupación de espacio posterior desde C7 hasta T10-T11, de intensidad heterogénea en STIR (fig. 2), T1 y eco de gradiente, sin realce tras la administración de contraste. Es diagnosticado ahora de hematoma subdural cerebral y medular, iniciando tratamiento conservador, con adecuada evolución.

Conclusiones

Los hematomas subdurales posteriores a AN son producidos por la pérdida de volumen y presión del LCR, traccionando así el cerebro y las venas subdurales, produciendo un desgarro de estas últimas²⁻⁸.

El diagnóstico de HSDC posterior a AN es complejo de realizar debido a que su clínica principal es la cefalea intensa, la cual también se suele presentar debido a HLCR, por lo que previamente se debe excluir esta causa^{2,3}. En el HSDC la cefalea puede presentarse asociada a náuseas, vómitos, dolor interescapular y focalidad neurológica, y se diferencia de la HLCR, ya que el primero no suele mejorar con cambios posturales^{2,5}. Su tiempo medio de presentación puede ir desde las 2 h hasta los 44 días posterior al procedimiento³. Pomeranza y et al. han informado casos con TC craneal inicial normal, la cual suele ser posterior a la punción lumbar, observando un HSDC 38 días después, lo que sugiere que esta patología puede tener un inicio tardío, ocurriendo semanas después de una punción lumbar⁴. Existen algunos factores predisponentes para el HSDC, como la técnica de la punción, calibre y dirección del bisel, múltiples punciones, sexo femenino, embarazo, deshidratación, malformaciones arteriovenosas, coagulopatías y atrofia cerebral²⁻⁸.

Los hematomas espinales suelen presentar un dolor radicular intenso, sin signos de infección, pudiendo evolucionar rápidamente con afectación motora, con una media de aparición de horas a 7 días después de una AN¹. Es más frecuente en pacientes tratados con antiagregantes, heparinas o coagulopatías, sin embargo en el 30% de los casos no se identifica factor predisponente⁷.

Lo prioritario en ambos casos es un diagnóstico precoz, para así poder iniciar un tratamiento oportuno, ya sea conservador o quirúrgico en el caso de los HSDC⁶ los hematomas espinales con clínica compresiva se deberá realizar una laminectomía descompresiva urgente⁹. En una revisión española el 55% de los hematomas espinales requirieron tratamiento quirúrgico y en solo el 45% se realizó tratamiento conservador. Si los síntomas no progresan durante las primeras horas puede estar indicado tratamiento médico conservador con monitorización neurológica estricta⁹.

Bibliografía

- Bermejo Álvarez M. Complicaciones neurológicas de la anestesia neuroaxial [en línea]: Documenting electronic sources on the Internet [consultado 1 Jun 2015]. Disponible en: <http://desarrollos221.altai.es/Esra.Previo/Documentos%5CBlog%5C10/ESRA%2005-37.pdf>.
- Amorim JA, Souza D, Damázio O, Guerra de Barros MA, Carvalho VN, Moraes M. Hematoma subdural intracraneal postanestesia subaracnoidea: relato de dos casos y revisión de 33 casos de la literatura. *Rev Bras Anestesiol*. 2010;60:344–9.
- Barra FM, Dezena RA, Capucci D, Vilela TM, Canno LH. Intracranial subdural hematoma: A rare complication following spinal anesthesia: Case report. *Rev Bras Anestesiol*. 2012;62:88–95.
- Chia XX, Bazargan A. Subdural hemorrhage, a serious complication post- intrathecal chemotherapy. A case report and review of literature. *Clin Case Rep*. 2015;3:57–9.
- Kishnakumar K, Chatterjee N, Shrivastava A, Josemine D, Suresh N. Subdural hematoma following spinal anesthesia treated with epidural blood patch burr-hole evacuation. *Middle East J Anesthesiol*. 2013;22:117–20.
- Moradi M, Shami S, Farhadifar F, Nessori K. Cerebral subdural hematoma following Spinal Anesthesia: Report of two cases. *Case Rep Med*. 2012;2012:352028. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/352028>.
- Emazabel-Yunta I, Casado-Campo I, Telletxea-Benguria S, Torre-Mollinedo F, Ortega LF, Arizaga A. Subarachnoid hematoma following spinal anesthesia. *J of Ambulatory Surgery*. 2008;14:49–52.
- Acharya R, Chhabra SS, Ratra M, Sehgal AD. Cranial subdural haematoma after spinal anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2001;86:893–5.
- Castillo J, Santiveri X, Escolano F, Castaño J. Hematomas raquídeos con compresión medular relacionados con las anestias neuroaxiales en España. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2003;50:504–9.

M.A. Figueroa Arenas^{a,*}, L.Y. Castañeda Rodríguez^b, J.C. Pérez Redondo^b y D.F. Uría^a

^a Servicio de Neurología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexandrafigueroaa@gmail.com (M.A. Figueroa Arenas).

<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.03.014>
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.