

## Hematoma subdural subagudo posanestesia neuroaxial espinal en una paciente obstétrica

Dr. Guillermo Capote Guerrero, Dr. Domingo Angel Labrada Tapia,  
Dra. Yudelmis Yolanda Espinosa Moracén, Dra. Yusimy Huerta Pérez,  
Dr. Ramón Fernández Leyva

Hospital General Docente "Carlos Manuel de Céspedes". Granma, Cuba.

---

### RESUMEN

**Introducción:** las pacientes obstétricas constituyen una población saludable, aunque las afecciones coincidentes y diversos trastornos relacionados con la gestación pueden asociarse a una morbilidad y mortalidad importantes. La anestesia neuroaxial espinal es un método anestésico, de preferencia en la obstétrica que no está exenta de riesgos.

**Objetivo:** exponer la conducta anestésica en una paciente cesareada por sufrimiento fetal agudo, con una complicación neurológica.

**Caso Clínico:** se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad, con antecedentes aparentes de salud, que fue anunciada de urgencias para realizar cesárea por sufrimiento fetal agudo. Se le practicó bloqueo neuroaxial espinal con trocar número 25, en posición sentada previa toma de signos vitales. A las 48 horas comenzó con cefalea frontooccipital bilateral, que aumentaba con la posición sentada. No resolvió con la medicación indicada y se le realizó parche hemático. Fue dada de alta y a los 21 días llegó con cefalea intensa acompañada de vómitos y malestar general y toma neurológica.

**Conclusiones:** la cefalea pospunción es la complicación más frecuente de la anestesia neuroaxial espinal, que aparece 24 a 48 horas después y que puede desaparecer sin tratamiento médico, pero aquellas que no mejoran con la medicación y que aumentan en intensidad y en cualquier posición hay que sospechar la presencia de un hematoma subdural por lo que se debe indicar TAC, sobre todo en las que se realizan en posición sentada.

**Palabras clave:** anestesia neuroaxial espinal, hematoma subdural subagudo, tomografía axial computarizada.

## INTRODUCCIÓN

Las pacientes obstétricas constituyen una población saludable, aunque las afecciones coincidentes preexistentes y diversos trastornos relacionados con la gestación pueden asociarse a una morbilidad y mortalidad importantes.<sup>1</sup> La anestesia regional subaracnoidea es un método anestésico, con indicación en este tipo de pacientes que son aparentemente sanas, pero no está exenta de riesgos.<sup>2</sup>

El hematoma subdural es la colección de sangre en el espacio subdural, es decir, entre la duramadre y la aracnoides. La velocidad de crecimiento del hematoma depende del calibre del vaso lesionado y en correspondencia con ese volumen se desarrolla el cuadro clínico.

Clásicamente se han dividido en: agudos, cuando los síntomas se desarrollan en las primeras 24 h; subagudos, cuando aparecen al segundo día y hasta antes del mes (para otros autores es hasta el décimo día), y crónicos, cuando se presentan después del mes del traumatismo.<sup>3</sup> Existen otros factores predisponentes como las derivaciones ventriculoperitoneales y atriales, trastornos de la coagulación, uso de anticoagulantes, el alcoholismo y la atrofia cortical sobre todo en pacientes ancianos.<sup>3</sup>

Ciertas complicaciones de las punciones lumbares, en particular las de raquianestesia, son bien conocidas y documentadas, en el caso de la cefalea, de las lumbalgias, de las lesiones radicales, de los abscesos y de las meningitis.

Entretanto, los hematomas subdurales intracraneales permanecen como una complicación excepcional después de una anestesia raquídea, con una incidencia de 1:500.000 a 1.000.000,<sup>4-6</sup> su diagnóstico es muchas veces difícil en virtud que los síntomas iniciales son los mismos de la cefalea postpunción de la duramadre.

Con el objetivo de describir una complicación rara de esta técnica se decidió realizar este informe, enfatizando en las características de la cefalea la cual es muy importante para el diagnóstico precoz de esta complicación potencialmente fatal.

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina MLP, de 31 años de edad, con antecedentes aparentes de salud, y obstétricos de gesta 2, partos distócico 1, abortos 1 espontáneo, que es anunciada para operación cesarea por sufrimiento fetal agudo.

Se colocó la paciente en posición sentada previa toma de signos vitales sobre la mesa de operaciones en el quirófano, con los brazos extendidos a los lados del cuerpo y la cabeza mirando hacia abajo.

Previo asepsia y antisepsia de la región lumbosacra con agua y jabón, luego asepsia y antisepsia con alcohol iodado y alcohol al 70 %, se procedió a localizar el espacio L3-L4. Se realizó habón cutáneo en piel con aguja 25. Posteriormente con aguja 23, se llegó hasta planos profundos con lidocaina al 2 %. Se insertó aguja de punción lumbar No. 25 fue difícil y después de tres intentos se usó trocar 22 hasta percibir perforación de la duramadre comprobando el espacio subaracnoideo por salida del líquido cefalo raquídeo. Se inyectó bupivacaina hiperbárica 10 mg lentamente y se colocó en decúbito supino. Se colocó cuña para lograr inclinación lateral izquierda.

Todo, el perioperatorio transcurrió normal, con signos vitales dentro de límites normales, hidratada, diuresis adecuada, duración del proceder 30 minutos sin complicaciones, luego fue trasladada a recuperación conciente bajo efectos de la anestesia regional en posición horizontal.

#### **Datos positivos al examen físico**

**Aparato respiratorio:** murmullo vesicular normal, no evidencia de estertores, Frecuencia respiratoria: 14 resp/min.

**Aparato cardiovascular:** ruidos cardíacos rítmicos. No se detectó soplo. Tensión Arterial 130/90 mm de Hg. Pulso radial 88 por minuto.

**Sistema nervioso central:** Normal.

**Exámenes complementarios:** Hb 12,5g/l; Hto 36 vol/%, plaquetas 200 000.

A las 48 horas comenzó con cefalea intensa fronto occipital bilateral, muy quejumbrosa, sin otra sintomatología, se medicó con dexametasona, e hidratación con ringer laxtato 2000 ml, fue dada de alta para su casa. A los 25 días regresó con cefalea temporal derecha intensa con empeoramiento progresivo acompañada de vómitos y mal estado general, conciente y sin toma motora, sin demora se realizó tomografía axial computarizada observándose imagen hipodensa homogénea de 14 mm en región occipitotemporal con efecto de masa que desvía la línea media hacia la derecha con signos de hipertensión endocraneana, lo que coincidió con el diagnóstico de hematoma subdural subagudo. Fue anunciada de urgencia para evacuación del mismo, se indicó anestesia general orotraqueal, complementarios normales, realizándose trepanación y evacuación del hematoma. Posterior su evolución satisfactoria en sala fue dada de alta para su casa a los siete días sin secuelas y se le dió seguimiento por consulta externa.

## **DISCUSIÓN**

La anestesia neuroaxial espinal o subaracnoidea es una técnica simple, con amplias indicaciones quirúrgicas, y un bajo índice de complicaciones. A pesar de ello como toda técnica anestésica no está exenta de efectos adversos.<sup>6</sup> Dentro de las complicaciones se encuentra como la más frecuente la cefalea, entre 2 y 25 %, iniciándose entre el segundo y tercer día del procedimiento, en un 75 % de los casos.

Autores como Collins y cols, describieron que puede aparecer a partir del sexto día, en otras ocasiones a las 6 horas y en punciones únicas.<sup>6-8</sup> Desde los primeros relatos descritos por Bier a finales del siglo XIX, la cefalea aun representa una complicación no resuelta de la raquiánestesia, a pesar de la utilización de agujas de calibre más fino y con punta no cortante.<sup>7</sup> Los pacientes presentan riesgo de desarrollar cefalea siempre que la duramadre y la aracnoide sean puncionadas. Según la literatura revisada<sup>9</sup> el mecanismo de producción de la cefalea es por desequilibrio en la dinámica del LCR, ocurre una pérdida de éste para el espacio peridural o tejidos adyacentes con velocidades mayores a la de producción, aproximadamente 240 ml por día, en orificios de la duramadre superiores a 0,6 mm de diámetro, todo lo que trae como consecuencia dislocación caudal del encefalo, tracción de los senos venosos, de los nervios y los vasos encefálicos cuando los pacientes asumen la posición erecta.

La tracción de los vasos intracraneanos y la disminución de la presión del LCR producen vasodilatación cerebral refleja. Todos estos factores contribuyen a la aparición de cefalea que puede ser leve al principio como el caso de nuestra paciente o grave que necesite de tratamiento mas agresivo.

La cefalea es mas frecuente entre los 18 y 50 años, disminuyen en las edades extremas de la vida<sup>9</sup>, en pacientes de edad avanzada es despreciable debido a menor pérdida de líquido cefalo raquideo, asi las estructuras se mantienen fijas, y no se dislocan con la perdida de éste.<sup>10</sup> Se admite que el sexo mas afectado es el femenino por influencia hormonal y entre ellas las mas afectadas las embarazadas a las que se les realizó raquianestesia para cesareas, probablemente debido a efectos hormonales, esfuerzo durante el parto, aumento de la presión del LCR y pérdida de volumen o sea en pacientes deshidratadas.<sup>11</sup> Teniendo en cuenta que las pacientes obstétricas son hipertensas pero hipovolémicas, en éste caso las causas que llevaron a la aparición de cefalea en un principio fueron: multiples punciones, uso de agujas de grueso calibre con mayor pérdida de LCR, y la deambulación precoz, y como el orificio de la duramadre puede persistir por 15 días aproximadamente o varias semanas la pérdida de LCR fue mayor aún y trajo como consecuencia la ruptura de vasos sanguíneos, sobre todo las llamadas venas puentes que son cortas y van directamente desde el cerebro a los senos duros dispuestos en línea recta y sin tortuosidades, de menor calibre que participan en el drenaje venoso.<sup>11</sup> Llevando así a la acumulación de sangre en el espacio subaracnoideo que fue cada día mayor y provocar la complicación rara como lo es el hematoma subdural subagudo, como se puede observar en las figuras (1 y 2), a lo cual se puede agregar la posición sentada que puede aumentar el riesgo de sangramiento.



**Fig. 1.** Extensión del hematoma con efecto de masa.



**Fig. 2.** Extensión del hematoma con efecto de masa.

Se concluye que toda paciente obstétrica intervenida por operación cesarea, con el diagnóstico de cefalea posraquianestesia, que no mejora con el tratamiento habitual, que empeora en frecuencia e intensidad y con pérdida de sus características posturodependientes, con manifestaciones neurológicas o sin ellas, la realización de una TAC para hacer diagnóstico precoz de esta complicación potencialmente letal, sería recomendable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez L. Complicaciones en anestesia subaracnoidea. Hospital Dr. Angel Larralde, Valencia: Universidad de Carabobo, 2015. 12-36.
2. Ortman A, Pino R. Cuidados intensivos obstetricos En. Manual de medicina intensiva del Massachusetts general hospital; 5ta ed. Boston. 2011.p. 636.
3. Sarat NG. Evaluacion del manejo anestésico en pacientes preeclámpicas y eclámpicas y con síndrome de Hellp. Universidad de San Carlos de Guatemala 2015. Pp32-41.

4. Kaiserswerther D. Procedimientos de la anestesia en Obstetricia. 2013. p.1-6. Consultada: Julio 3, 2016. URL disponible en: [http://www.florence-nightingale-krankenhaus.de/fileadmin/daten/medimagine\\_files/boegen/AS-G/AS\\_G\\_ES\\_1304.pdf](http://www.florence-nightingale-krankenhaus.de/fileadmin/daten/medimagine_files/boegen/AS-G/AS_G_ES_1304.pdf)
5. García JM. García MC. Hematoma Subdural Espinal: una rara complicación de la Anestesia Regional. A propósito de un caso. Anestesia Regional. [Revista en internet] 2014. Consultada: Junio 5, 2016. URL disponible en: <http://anestesiario.org/2014/hematoma-subdural-espinal-una-rara-complicacion-de-la-anestesia-regional-a->
6. Golmeskys D. Incidencia de cefalea postpunción dural con la utilización de agujas Quincke (traumáticas) No 27 VS Agujas No 25 en pacientes osbtetricas. Universidad San Francisco de Quito; 2014. Pp. 26-42
7. Palacio-Garcia CA, Gomez-Menedez JM. Informe de Caso: Anestesia subdural en la paciente obstetrica. Rev Colom Anestesiol 2016;44(2):174-8.
8. Villarreal G. Hematoma epidural. [monografía en Internet] 2012. Consultada: Mayo 23, 2016. URL disponible en: <http://neurocirugiaendovascular.com/pdf2/HEMATOMA%20EPIDURAL%20Y%20HEMATOMA%20SUBDURAL.pdf>.

Recibido: Septiembre 9, 2016.

Modificado: Noviembre 16, 2016.

Aprobado: Diciembre 28, 2016.

*Dr. Guillermo Capote Guerrero.* \*Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Diplomado en Terapia Intensiva y Emergencias. Instructor. Hospital General Docente Carlos Manuel de Céspedes. Email: [ice@infomed.sld.cu](mailto:ice@infomed.sld.cu)