

Cartas al Director

Hematoma epidural secundario a catéter epidural para analgesia en un paciente politraumatizado

Sr. Director:

El hematoma espinal en relación con la colocación de un catéter epidural es una complicación infrecuente cuya incidencia se estima en un caso por cada 150.000 anestésicos epidurales¹. El empleo de técnicas neuroaxiales para analgesia en pacientes críticos, que concomitantemente reciben heparinas de bajo peso molecular (HBPM), ha llevado al planteamiento de medidas para minimizar el riesgo de dicha complicación. Describimos un caso de hematoma epidural tras la colocación de un catéter epidural para analgesia en un paciente politraumatizado.

Paciente varón de 76 años de edad que ingresó en la unidad de cuidados críticos por politraumatismo secundario a accidente de tráfico. Presentaba fractura de arcos costales izquierdos con hemo neumotórax y contusión pulmonar, laceración esplénica, hemoperitoneo y fractura diafisaria de fémur izquierdo. Fue intervenido quirúrgicamente para estabilización y tratamiento de las lesiones. A los 7 días de ingreso se colocó un catéter epidural para control del dolor y facilitar el proceso de desconexión de la ventilación mecánica. El hemograma previo a la colocación del catéter no demostró alteraciones de la coagulación. Tras la colocación del catéter epidural se inició una perfusión continua con bupivacaína al 0,25% y fentanilo 0,6 µg/ml a 7 ml/h. A los 8 días el paciente presentó paraplejia bilateral que fue interpretada como posible bloqueo motor residual por bupivacaína; se decidió retirar el catéter y mantener una actitud expectante. El intervalo de tiempo entre la dosis de HBPM (enoxaparina 40 mg/24 h subcutánea) y la colocación del catéter epidural fue de 15 horas; entre la administración de HBPM y la retirada del ca-

téter fue de 23 horas. Asimismo, el tiempo transcurrido entre la retirada del catéter y la administración posterior de HBPM fue de 1 hora. El paciente fue recuperando progresivamente la sintomatología neurológica pero mantuvo plejía (fuerza 0/5) en la pierna derecha. Se realizó una resonancia magnética en la que se objetivó un hematoma epidural entre los espacios D9-L1 (fig. 1). Seguidamente se realizó una laminectomía descompresiva y extracción del hematoma. El retraso en el diagnóstico desde el inicio de los síntomas fue superior a 72 horas. Un mes más tarde el paciente no había recuperado la movilidad del miembro inferior derecho.

El interés del caso radica en llamar la atención sobre el desarrollo de una complicación como es el hematoma epidural tras la realización de analgesia neuroaxial concomitantemente a la administración de HBPM, y las consecuencias de no identificar con la suficiente premura dicha complicación. En este

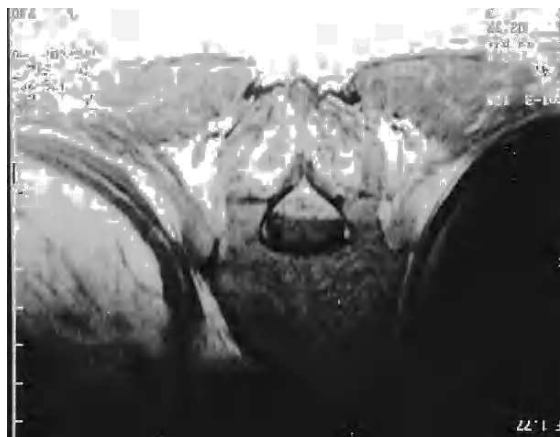


Figura 1. Corte coronal torácico a nivel D11 en la resonancia magnética en el que se observa hematoma epidural.

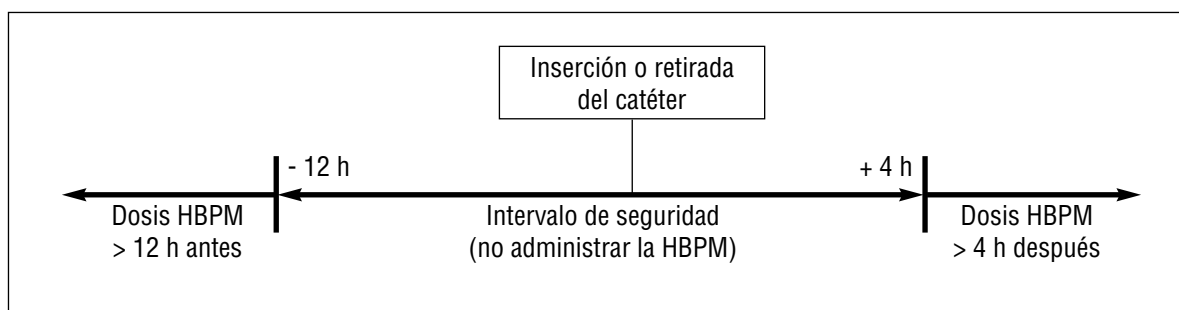


Figura 2. Intervalo de seguridad recomendado entre la administración de una heparina de bajo peso molecular (HBPM) y la aplicación de analgesia epidural.

sentido, la afectación neurológica tiende a ser reversible cuando se realiza una laminectomía en las primeras 8 horas desde el inicio de los síntomas². No obstante, la exploración neurológica en el paciente crítico politraumatizado no siempre es fácil.

La analgesia neuroaxial puede presentar beneficios en cuanto a reducción de morbimortalidad³. Es un hecho habitual su empleo en pacientes quirúrgicos, que en su gran mayoría reciben tromboprofilaxis con HBPM, siendo una combinación ampliamente utilizada y, a la vez, eficaz y segura. No obstante, deben respetarse unas precauciones básicas de seguridad.

Las recomendaciones de seguridad en pacientes sometidos a anestesia o analgesia neuroaxial que reciben una HBPM se han recogido en la circular 10/2001, de 11 de octubre, de la Agencia Española del Medicamento, publicada en el BOE con fecha 5 de noviembre de 2001⁴. Dicha circular marca el intervalo de tiempo que debe transcurrir entre la administración de heparina en dosis profilácticas y la inserción o retirada de un catéter epidural; este intervalo es de al menos 12 horas para las HBPM y de 4 horas para las heparinas no fraccionadas. Asimismo, el intervalo de tiempo que debe transcurrir entre la inserción o retirada del catéter y la administración de una dosis de HBPM es de al menos 4 horas (fig. 2).

E. ALDAY-MUÑOZ^a, E. MASEDA^a, L. GUTIÉRREZ^a
Y B. GALVÁN^b

^a*Servicio de Anestesiología y Reanimación.
Hospital General Universitario La Paz. Madrid. España.*

^b*Servicio de Medicina Intensiva.
Hospital General Universitario La Paz. Madrid. España.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Wulf H. Epidural anesthesia and spinal haematoma. *Can J Anaesth.* 1996;43:1260-71.
2. Bergqvist D, Lindblad B, Matzch T. Low molecular weight heparin for Thromboprofylaxis and epidural/spinal anesthesia: is there a risk? *Acta Anesthesiol Scand.* 1992;36:605-9.
3. Block BM, Liu SS, Rowlingson AJ, Cowan AR, Cowan JA Jr, Wu CL. Efficacy of postoperative epidural analgesia. A meta-analysis. *JAMA.* 2003;290:2455-63.
4. Circular 10/2001, de 11 de octubre, de la Agencia Española del Medicamento, relativa a la información que debe figurar en las fichas técnicas de las especialidades farmacéuticas que contienen heparinas no fraccionadas o heparinas de bajo peso molecular sobre el riesgo de aparición de hematomas espinales o epidurales. *BOE n.º 265, 5 de noviembre 2001; p. 40133.*