

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

INFORME DE CASO

**SÍNDROME NEUROLÓGICO TRANSITORIO POSTERIOR A LA ANESTESIA
ESPINAL**

Por:

Dr. José Manuel Hernández Pérez¹, Dra. Vivian B. Pérez Álvarez¹ y Dra. Anabet Santiago Pérez²

1. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara. Asistente. ISCM-VC.

Descriptor DeCS:

PUNCIÓN ESPINAL/efectos adversos
LIDOCAINA/efectos adversos
DOLOR DE LA REGION LUMBAR/etiología

Subject headings:

SPINAL PUNCTURE/adverse effects
LIDOCAINE/adverse effects
LOW BACK PAIN/etiology

La aparición de complicaciones neurológicas después de una anestesia espinal es un suceso raro; su frecuencia exacta se desconoce, pero se han informado incidencias de una en 1 000 para complicaciones transitorias y de una en 4 000 para complicaciones permanentes¹.

Entre las complicaciones transitorias encontramos el síndrome neurológico transitorio (SNT), que se caracteriza por la presencia de dolor transitorio, de intensidad mínima o moderada, en la región glútea y en los miembros inferiores. Estos signos suelen presentarse al día siguiente de la administración y recuperación total de un bloqueo espinal, y desaparecen de forma espontánea después de las 24 a 48 horas posteriores a su inicio^{2,3}.

Se ha mencionado como factor causal la aplicación de lidocaína en el espacio subaracnoideo, la cual es capaz de producir un efecto de neurotoxicidad^{2,4}.

Presentación del paciente

Paciente femenina de 32 años de edad, ASA 1, que ingresa para que se le practique una zetaplastia del tendón de Aquiles, por padecer acortamiento bilateral del mismo.

Se aplicó la anestesia espinal con la paciente sentada; para la preparación de la piel de la región lumbar, se utilizó iodopovidona y se colocaron paños estériles. La punción se realizó en el espacio L3-L4 y el procedimiento fue trabajoso; se utilizó trocar desechable número 22, previa infiltración local con lidocaína y se obtuvo líquido cefalorraquídeo (LCR) claro y transparente. Se administraron 100 mg de lidocaína hiperbática; el nivel sensitivo alcanzó el décimo segmento dorsal (D10).

La operación duró una hora, durante la cual se utilizó torniquete neumático a una presión de 300 mmHg sin que se presentaran complicaciones quirúrgicas ni anestésicas.

La recuperación total de la anestesia fue de una hora y 30 minutos, posterior a la cual la paciente salió de la sala de recuperación con alta anestésica.

A las 24 horas de haber sido intervenida, comenzó a presentar molestias en la región lumbar, dolor de intensidad moderada y calambres en miembros inferiores. Con estos síntomas acudió a la consulta, donde se decidió su ingreso.

Se inició tratamiento con analgésicos, esteroides y vitaminas. Durante los dos primeros días posteriores al ingreso la paciente fue mejorando, y al cuarto día se encontraba totalmente restablecida, por lo que fue egresada.

Comentario

La anestesia espinal ha sido utilizada desde finales del siglo XIX. En los últimos años, ha existido un incremento en el número de informes que señalan a la lidocaína como causa posible de las complicaciones neurológicas temporales o permanentes después de la anestesia espinal; el seguimiento de los pacientes reveló que en ocasiones experimentaron dolor en los miembros inferiores después de la recuperación total de la anestesia²

La lidocaína es el fármaco de elección para inducir la anestesia espinal, sobre todo en la cirugía ambulatoria, debido a su inicio de acción rápido, su intenso bloqueo nervioso y su corta duración; pero se ha demostrado que este fármaco posee mayores posibilidades de causar SNT e incluso complicaciones permanentes, en comparación con la bupivacaína y la prilocaína. Los avances en las técnicas regionales con drogas más seguras, como levobupivacaína y ropivacaína, así como la introducción de mejores materiales y equipos, como el trocar de punción lumbar punta de lápiz Whittacre que ha disminuido la incidencia de cefalea después de la punción espinal de manera significativa, hacen que la administración de anestesia regional sea cada día más segura^{5,6}.

Referencias bibliográficas

1. Cabrera I, Natera Y. Meningitis aséptica: una rara complicación de la anestesia espinal. Rev Venez Anest. 2000;5(1):38-40.
2. Zaric D, Christiansen C, Pace NL, Punjasawadwong Y. Síntomas neurológicos transitorios (SNT) después de la anestesia espinal con lidocaína versus otros anestésicos locales. Oxford: Biblioteca Cochrane Plus; 2006.
3. Galindo M. Morbi-mortalidad por anestesia en Colombia. Rev Col Anest. 2003;31(1):1-9.
4. Pearson W. The risks of anaesthesia. Med J. 2001;43:10.
5. Brown D. Labat lecture 2004: regional anesthesia risks-from labat to tort reform. Reg Anesth Pain Med. 2004;29:116-24.