

# ROTURA DE AGUJA EPIDURAL: ¿DEBE INTERVENIR QUIRÚRGICAMENTE EL TRAUMATÓLOGO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Hoyos Perales I; Acero Caballero J; Sotelo Sevillano FJ; Martínez Pardo F; Fernández Alba G; Crespo Agea J

Director UGC: Hurtado Jiménez, Nicolás

Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital SAS Jerez de la Frontera (Cádiz)

## Introducción

En la actualidad se han reportado escasos riesgos y escasas complicaciones con la anestesia epidural. Entre ellas nos encontramos tales como perforaciones subdurales o durales, hematomas epidurales, y, otras menos frecuentes, como la rotura del catéter epidural, ésta última con retención de un fragmento dentro del espacio epidural

## Objetivos

Presentamos el caso de una paciente de 39 años que sufrió rotura de aguja de catéter epidural cuando se le intentó administrar previa al parto.

## Material y método

Mujer de 39 años. AP: sin interés. De cara al parto, es evaluada por el Servicio de Anestesia, procediéndose a anestesia epidural.

Durante el proceso, se produce rotura de la aguja. La paciente no presenta ningún tipo de sintomatología, por lo que se decide abstención terapéutica y vigilancia.

Un mes más tarde, la paciente acude a Consultas de COT refiriendo lumbalgia. A la exploración, la paciente presenta dolor localizado lumbar, sin irradiación del dolor, ni déficit sensitivo ni motor, ni alteraciones esfinterianas. Tampoco presenta signos compatibles con complicaciones infecciosas. Se amplía el estudio con Rx y TAC

TAC: Resto de aguja de epidural visible en Rx, se visualizan dos restos: de 36 mm sobre apófisis espinosa de vértebra L3 y región parasagital izquierda del canal raquídeo; y de 12 mm próxima a la punta de la apófisis espinosa de vértebra L2

Se decide intervención quirúrgica. Se realiza extracción de material asistidos por fluoroscopia, sin incidencias.

## Resultados

El seguimiento post-qx resultó satisfactorio. La paciente no presentaba dolor ni ningún déficit motor ni sensitivo.

## Conclusiones

Si ocurre rotura y retención de un segmento de catéter en el espacio epidural, se debe informar al paciente e iniciar una vigilancia estrecha. Las pruebas de imagen brindan gran ayuda en la localización del fragmento del catéter. Hay que valorar el riesgo beneficio que implica el llegar a procedimientos quirúrgicos innecesarios. De este modo, la tendencia habitual es a la abstención terapéutica en caso de que no aparezca sintomatología. Si aparecen síntomas de irritación o se encuentra comunicando el catéter epidural al exterior, se sugiere realizar extracción quirúrgica.

## Bibliografía

1. Tsen L, Hepner D. Needles used for spinal anesthesia. Expert Rev Med Devices 2006, 3:4, 499-508
2. Benham M. Spinal needle damage during routine clinical practice. Anaesthesia 1996, 51, 843-845.
3. Pilai A, Monteiro R, Choi W et al Strength of commonly used spinal needles: the ability to deform and resist deformation. Anaesthesia 2017, 72, 1125-1133

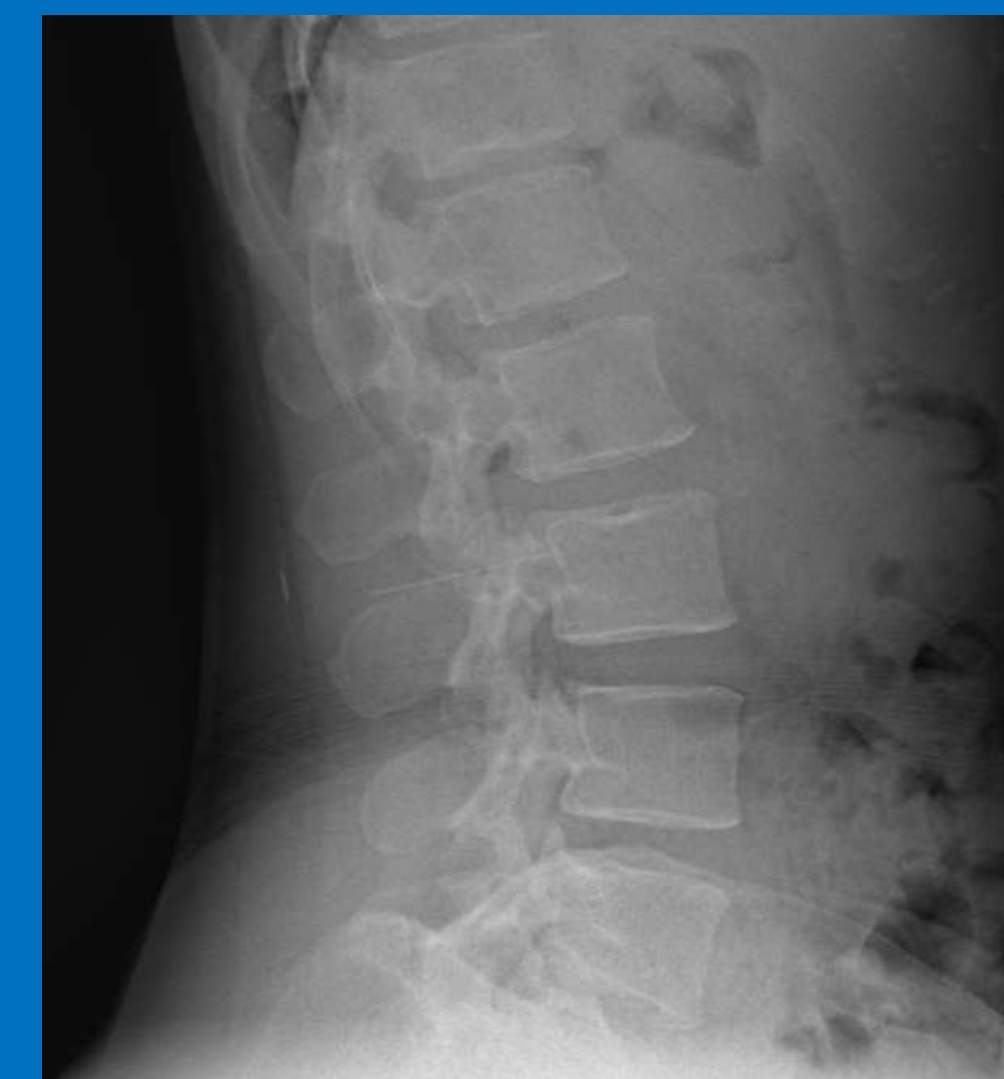


Figura 1.  
Rx pre-qx

Figuras 2, 3, 4 y 5:  
TAC pre-qx

