

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

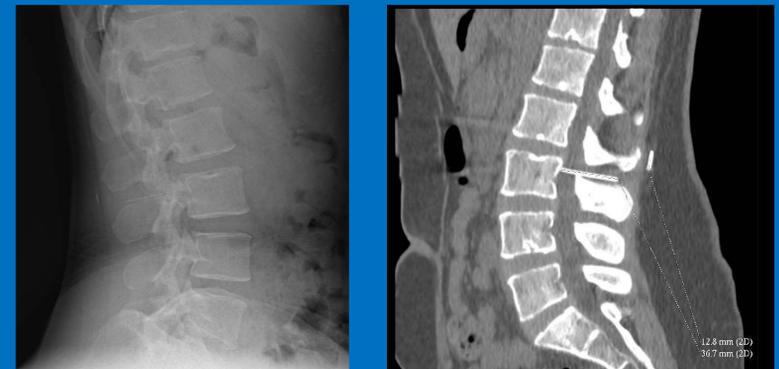


Figura 1.
Rx pre-qx

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

